

Année 1954

N°

THÈSE

212

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

JEAN CURTZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à PARIS, le 15 Avril 1923

Présentée et soutenue publiquement le

1954

**Contribution à l'Étude
de
I'ENDOMETRIOSE PELVIENNE
Son importance en Gynécologie**

Président : M. FUNCK — BRENTANO, Professeur

PUBLI-MÉCA

11, Rue de la Station, ASNIÈRES (Seine)

1954

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---oOo---

ANNEE 1954

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

J E A N C U R T Z

né à Paris, le 15 Avril 1923

---oOo---

Présentée et soutenue publiquement le 1954

---oOo---

C O N T R I B U T I O N A L ' E T U D E

D E

L ' E N D O M E T R I O S E P E L V I E N N E

S O N I M P O R T A N C E E N G Y N E C O L O G I E .

---oOo---

Président : M. FUNCK - BRENTANO , Professeur.

---oOo---

Publi - Meca

II Rue de la Station, Asnières

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---oOo---

Nom du Candidat : C U R T Z

Prénom : Jean

---oOo---

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

CURTZ Jean - Contribution à l'étude de l'Endométriose pelvienne. Son importance en gynécologie. Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca. - Paris. Publi-Méca. 1954. in-4°, 137 p. 4 fig. Thèse Médec. 1954 Paris, N°

CURTZ Jean - Contribution à l'étude de l'Endométriose pelvienne. Son importance en gynécologie. Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca. - Paris. Publi-Méca. 1954. in-4°, 137 p. 4 fig. Thèse Médec. 1954 Paris, N°

CURTZ Jean - Contribution à l'étude de l'Endométriose pelvienne. Son importance en gynécologie. Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca. - Paris. Publi-Méca. 1954. in-4°, 137 p. 4 fig. Thèse Médec. 1954 Paris, N°

CURTZ Jean - Contribution à l'étude de l'Endométriose pelvienne. Son importance en gynécologie. Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca. - Paris. Publi-Méca. 1954. in-4°, 137 p. 4 fig. Thèse Médec. 1954 Paris, N°

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) - GUILLAIN-
HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE - LHERMITTE - LIAN -
LOEPER - MARTON - MATHIEU - MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E)-
OMBREDANNE - SANNIE - SEZARY - TANON .

DOYENLéon BINET (Membre de l'
Institut)

ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL P.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	VERNE J.
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN R.
Carcinologie	OBERLING C.
Chimie médicale	POLONOVSKI M.
(Hotel Dieu	BROCQ P.
Cliniques (Broussais	DE GAUMART d'ALLAINES
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR H.
(Cochin	QUENU J.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d AUBIGNE R.
Clinique de Cardiologie	DONZELOT E.
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE M.
Clinique de Chirurgie pneumo-pulmonaire ..	MONOD R.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS D.
Clinique de Puériculture	LELONG M.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS R.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER P.
Clinique des Maladies du système nerveux .	ALAJOUANINE T.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE R.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.
Clinique du diabète sucré et des mala- dies de la nutrition	BOULIN R.
Clinique Gynécologique	FUNCK-BRENTANO P.

	(Hotel Dieu	BENARD H.
Cliniques médicales	(Bichat	LAROCHE G.
	(Cochin	MOREAU R.
	(Broussais	DE GENNES L.
Clinique médicale d'hydroclimatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON L.	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT L.	
	(Tarnier	LANTUEJOUL P.
Cliniques obstétricales	(Baudelocque LEVY-SOLAL E.	
	(Port-Rpyal	LACOMME M.
Clinique ophtalmologique	VELTER E.	
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET C.	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER C.	
Clinique Rhumatologique et sociale	COSTE F.	
Clinique stomatologique	DECHAUME M.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE A.	
Clinique urologique	FEY B.	
Embryologie	GIROUD A.	
Génétique	LAMY M.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN M.	
Histologie	CHAMPY C.	
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA J.	
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.	
Médecine du travail	DESOILLE H.	
Médecine Légale	PIEDELIEVRE R.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD H.	
Pathologie chirurgicale	N ...	
Pathologie exotique	LAVIER G.	
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.	
Pathologie médicale	BARIETY M.	
Pathologie et thérapeutique générales	N...	
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.	
Physicochimie médicale (à titre personnel)	DOGNON A.	
Physiologie	BINET L.	
Physique médicale	STROHL A.	
Radiologie médicale	DESGREZ H.	
Technique chirurgicale	MOULONGUET P.	
Thérapeutique	TURPIN R.	

II . PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		
Anatomie	(DEBEYRE J.		MM.
	(DELMAS A.	Bactériologie	(FASQUELLE R.
	(N...		(NEVOT A.
	(GAUTHIER-VILLARS		
Anatomie	(Mlle P.)Pr.s.ch.	Biologie	
pathologique	(BUSSE F.	médicale	} BOURLIERE F.
	(GUYGOU C.		

Biologie médicale	(ETTORI J. Pr.s.ch. (JAYLE M.F.Pr.s.ch. (SCHAPIRA G.
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT F.
Histologie	(Bulliard H.Pr.s.Ch. (COUJARD R. (N...
Hydrologie	DEBRAY C.
Hygiène	(BOYER J. (DEPARIS M.
Médecine légale et du Travail	(DEROBERT L. (GAULTIER M. (HADENGUE A.
Neurochirurgie	DAVID M.
Neurologie	DE SEZE S.
Obstétrique	(GRASSET J. (LÉPAGE F. (MAYER M. (MERGER R. (MORIN P. (RAVINA J. (VARANGOT J.
Ophtalmologie	(OFFRET G. (DESVIGNES P.
Orthopédie	JUDET R.
oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN E.Pr.s.Ch. (AUBRY M. (MADURO R.
Parasitologie	(BRUMPT L. (CHABAUD A.
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER P. (BAMMANN J. (GOSSET J. (HUGUIER J. (LAURENCE G. (LEGER L. (LORTAT-JACOB J. (OLIVIER Cl . (PADOVANI P. (POILLEUX M. (ROUX M. (RUDLER J.C. (VERNE J.M.
Pathologie chirurgicale	
Pathologie expérimentale	MERKLEN P.

	(BERNARD J.
	(BOUDIN G.
	(CASTAIGNE P.
	(CONTE M.
	(DECOURT J.
	(DOMART A.
	(DREYFUS Gilbert
	(FAUVERT R.
Pathologie médicale	(HAMBURGER J.
	(KOURILSKY R.
	(LAMOTTE M.
	(LAROCHÉ C.
	(MILLIEZ P.
	(FEQUIGNOT H.
	(PERRAULT M.
	(RAMBERT P.
	(THIEFFRY St.
	(TURIAF J.
Pédiatrie	(JOSEPH R.
	(LAPLANE R.
	(MARTE J.
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.Ch.
	(CHEYMOL J.H. Pr.s.Ch.
Physiologie	(BARGETON D. Pr.s.Ch.
	(PARROT J.L.
Physique médicale	(DJOURNO A. Pr.s.Ch.
	(GOUGEROT L.
Pneumo-phtisiologie	KREIS B.
Psychiatrie	BARUK H.
Psychiatrie infantile	MICHAUX L.
Stomatologie	(CERNEA P.
	(CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS R.

III . PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM . BRINDEAU A. (Obstétrique) GATELLIER J. (Clinique chirurgicale) LE LORIER V. (Obstétrique) VAUDESCAL R. (Obstétrique) .

IV . PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE A.
	(MENEGAUX G.
	(PATEL J.
	(SICARD A.
Clinique médicale	(BROUET G.
	(CACHERA R.
	(GARCIN J.
Clinique Médicale	(HAGUENAU M. Pr.s.Ch;
	(MARCHAL G.
	(SOULIE E.
Clinique obstétricale	(DIGONNET L.
	(ECALLE G.
Clinique ophtalmologique	RENARD G.
Clinique urologique	COUVELAIRE R.

---oOo---

Secrétaire général de la Faculté	MM. MOREL J.
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL G

---oOo---

Conservateur chargé de la Direction	Docteur HAHN A.
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE P.,LENOIR G. (METIN F. , QUIEVREUX E.

---oOo---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798 , l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées , doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

A la mémoire de non père

A ma mère

Aux miens

A mes amis .

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur ,

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse ,

Avec toute notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'il nous a
donné et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Henri G. ROBERT

Assistant en Chirurgie des Hopitaux

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé dans
sa rédaction ,

Avec notre respectueuse grati -
tude .

A Monsieur le Professeur Agrégé J. de BRUX

qui nous a grandement aidé à
l'élaboration de ce travail,
qu'il trouve ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Raoul PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris

en remerciement pour son en-
seignement et son aide pré-
cieuse dans la rédaction de
cette thèse .

A Monsieur le Docteur R. MORICARD,
Directeur du Laboratoire d'Hormonologie
à l'Ecole des Hautes Etudes ,

A Monsieur le Docteur J.DALSACE
Chef des Consultations de Stérilité,

Au Docteur PHILIPPE ,
Au Docteur R.BORY ,
Au Docteur G.GUILLON ,

A nos maîtres dans les Hopitaux

- Monsieur le Docteur SAUVE
- Monsieur le Professeur Agrégé LAPLANE
- Monsieur le Professeur P. MOCQUOT
- Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL
- Monsieur le Professeur Agrégé VARANGOT
- Monsieur le Professeur FEY

I N T R O D U C T I O N

Ce travail est basé sur 45 observations récentes recueillies entre Octobre 1950 et Janvier 1954 à la Clinique Gynécologique et dans la clientèle particulière de MM. les Docteurs H. Robert et R. Palmer , que nous tenons à remercier pour leur aide précieuse dans la préparation de ce travail.

Les examens histologiques ont été pratiqués par MM. les Docteurs R. Moricard (pour les coupes intéressant les organes génitaux) et J. de Brux (pour les coupes intéressant les formations péritonéales) à la Clinique Gynécologique .

Le Pr Agrégé de Brux a bien voulu étudier les pièces opératoires des femmes opérées en ville et nous a aidé de ses conseils en ce qui concerne les chapîtres histologiques .

P L A N

--o--

	P.
INTRODUCTION	
I . GENERALITES SUR L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE	I
II . ANATOMIE PATHOLOGIQUE	8
III . ENDOMETRIOSE ET DYSMENORRHEE	23
IV . ENDOMETRIOSE ET STERILITE	48
V . ENDOMETRIOSE ET MENO-METRORRAGIES	69
VI . ENDOMETRIOSE DU COL UTERIN	77
VII . ENDOMETRIOSE MENOPAUSIQUE ET POST-MENOPAUSIQUE	85
VIII . CONCLUSIONS SUR LE SYNDROME ANATOMO- CLINIQUE	95
IX . LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE . SES DIFFICULTES	108
X . THERAPEUTIQUE	128
XI . CONCLUSIONS	133

---oOo---

C H A P I T R E Ier

GENERALITES SUR L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE

---oOo---

C'est à l'intérieur de la cavité pelvienne que siège la quasi totalité des localisations de l'endométriose . Ce sont ces formes que nous nous sommes proposés d'étudier à l'exclusion , toutefois , des atteintes sigmoïdienne et vésicale .

La présence hétérotopique des éléments constitutifs de la muqueuse utérine dans divers tissus de l'organisme réalise , par l'association de glandes et kystes épithéliaux avec un stroma cytogène, de véritables utérus en miniatures .

C'est une affection de la femme en période d'activité génitale . Aussi , la réceptivité hormonale de ces éléments dépourvus de canal évacuateur donne une allure cyclique très particulière au tableau clinique .

RAPPEL HISTORIQUE

Entrevues par Rokitansky en 1861 , les premières descriptions en furent faites par Recklinghausen en 1893 sous le nom de "myomes diffus" .

En 1896 Russel signale la localisation ovarienne , Webster décrit la forme tubaire .

Cullen , en 1908 , appelle "adenomyomes" les îlots du myomètre , terme adopté par les Anglo-Saxons pour cette forme de l'affection .

Les travaux de Sampson en 1921 , de Lecène , Moulonguet ensuite , ont mis en évidence sa fréquence , son polymorphisme , sa latence qui bien souvent en fait une découverte opératoire .

Enfin , le rapport de Brocq et Varangot en 1945 constitue , avec la communication de Roux et Doubrow en 1946 , l'un des documents récents les plus complets à la suite duquel sera adopté définitivement le terme d'Endométriose pour cette lésion qui n'est ni tumorale ni inflammatoire .

FREQUENCE

En augmentation depuis la recherche méthodique sur les pièces opératoires , sa fréquence réelle est difficile à déterminer comme en témoigne la divergence des opinions sur ce point .

De Snoo (Utrecht) prétend qu'elle existe chez presque toutes les femmes . Sampson en fait la lésion la plus fréquemment rencontrée entre 30 ans et la ménopause . Ascheim interprète l'augmentation des endométrioses du com comme une meil-

leure connaissance de l'affection par les pathologistes .

CLIMAT

C'est la pleine période d'activité génitale, entre 25 et 50 ans ; jamais avant la puberté . Les observations qui suivent concernant des endométrioses vérifiées histologiquement , situent la moyenne d'âge aux environs de 35 ans . Nous mettons à part les rares cas d'endométriose post-ménopausique , reliquats quiescents découverts à l'occasion d'une intervention , parfois accompagnés de métrorragies (Hervet) .

PASSE GYNECOLOGIQUE

Les auteurs ont insisté sur les antécédents de curettage , de césarienne , d'hystéropexie chez les femmes atteintes de cette affection .

Il a été signalé par 20 % de nos malades une ou plusieurs Fausses-couches dans le passé gynécologique , la plupart curettées .

Davis et Cron ont attiré l'attention sur la pratique des insufflations tubaires dans la genèse de cette affection .

LESIONS GYNECOLOGIQUES ASSOCIEES

Ont été signalés principalement : myomes ,
rétroversion , ovarite scléro-kystique , aplasie
génitale .

Chez nos malades , le pourcentage est le sui-
vant :

- fibromes	23 %	des cas d'
		d'Endométriose
- rétroversion	15 %	" "
- hydrosalpinx	10 %	" "
- salpingite chronique	10 %	" "
- ovarite scléro-kystique	20 %	" "

BIOLOGIE

La réceptivité hormonale des tissus étant con-
servée dans leur siège aberrant , les phénomènes
qui se reproduisent cycliquement au niveau de l'
endomètre (congestion , distension , hémorragie)
entraînent une poussée fluxionnaire qui sera à l'
origine de la dysménorrhée . Aussi a-t-on proposé
l'épreuve diagnostique et thérapeutique à la tes-
tostérone , antagoniste des oestrogènes .

De même en période de gravidité , les cellu-
les deviennent déciduales .

La suppression ou l'extinction de l'activité
ovarienne suffit à arrêter l'évolution .

SYNDROME CLINIQUE

Nous analyserons , en présentant nos observations , les divers troubles qui ont amené à consulter à la Clinique Gynécologique;

1° - Dysménorrhée "acquise" , tardive , violente et progressivement aggravée ,

2° - Stérilité ,

3° - Méno-métrorragies ,

épisode péritonéal aigu ,

4° - Dyspareunie à recrudescence près des Règles
douleurs vagues abdomino-lombaires ,
troubles vésicaux et rectaux .

L'examen est souvent négatif .

Il est classique de décrire des formes à type de fibrome , de rétroversion douloureuse et fixée , de noyaux à la face postérieure de l'isthme , de salpingite , de kyste ovarien .

Quoi qu'il en soit , la nécessité d'un examen complet s'impose , avec le maximum de rigueur :

- Période : avant et après les règles .

- T.V. combiné au palper et T.R. : explorant le cul-de-sac postérieur , la cloison recto-vaginale , les paramètres , les ligaments utéro-sacrés .

- Spéculum : recherche des "taches bleutées" classiques dans le cul-de-sac postérieur ,

aspect gaufré après la fin des règles ,

- biopsie s'il y a lieu .

- Colposcopie : utile pour le diagnostic d'endométriiose du col .

Dans certains cas , les localisations demandent des investigations complémentaires : recto -
scopie , lavement baryté , cystoscopie .

Enfin , quand il s'agit de femmes stériles :

- hystérosalpingographie ,

- coelioscopie : qui permet le diagnostic précoce et par conséquent l'intervention aussi conservatrice que possible . On recherche les petites saillies "grains de cassis" , les corymbes de granulations noirâtres au voisinage des ovaires , du mésosalpinx , des trompes . On pourra voir également des traînées brunâtres par rupture kystique.

EVOLUTION

" Le syndrome est généralement chronique , d'évolution étalée sur une longue période de temps , mais il peut être aigu et conduire à une intervention chirurgicale d'urgence " (Roux et Doubrow)

L'extension spontanée se fait en profondeur avec parfois envahissement des vaisseaux (problème de la dissémination vasculaire) ou bien en surface (tissu cellulaire sous-péritonéal) .

Les modes de regression sont :

1° - La guérison spontanée sans suppression de l'activité ovarienne comme s'il se produisait une irreceptivité suivie d'atrophie (Mocquot et Musset).

2° - L'extinction par suppression spontanée (ménopause) ou provoquée (castration) .

DIAGNOSTIC

Difficile cliniquement (climat, signes fonctionnels, tests hormonaux, investigations gynécologiques), il reste encore souvent incertain d'après l'aspect opératoire (kystes violacés hématiques) et reviendra finalement à l'anatomopathologiste .

Nous nous proposons ici de mesurer l'importance de l'Endométriose pelvienne en gynécologie, soit :

1° - Sa fréquence

2° - Ses principaux symptômes cliniques

3° - Sa répartition topographique

4° - Ses problèmes de diagnostic opératoire
et histopathologique

5° - l'attitude thérapeutique .

Cette étude portant sur 45 observations d'Endométriose vérifiée histologiquement , d'autres maladies sont suivies avec diagnostic d'endométriose probable . Nous en citerons à la suite quelques observations .

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---oOo---

En raison des erreurs auxquelles exposent l'examen macroscopique , c'est seulement par les caractères structuraux microscopiques , identiques quel que soit le siège de l'affection , que l'on pourra affirmer le diagnostic d'Endométriose . Ajoutons tout de suite que le diagnostic histologique de certitude repose sur la présence d'un chorion cytogène .

MACROSCOPIQUEMENT :

On peut schématiser 3 formes :

- 1°) Tumeurs non encapsulées et mal limitées . dans l'espace , de la taille d'un grain de mil à une cerise , se présentant sous forme d'élevures violacées , arrondies , plissant le revêtement séreux , parfois grisâtres et translucides , avec bien souvent des adhérences au niveau du bas-fond pelvien .

- 2°) Kystes goudronneux parfois volumineux , siégeant souvent bilatéralement au niveau des ova-

res , uni ou multiloculaires . Leur cavité contient un sang épais , poisseux , de coloration brunâtre ou bleuâtre , "chocolat" , s'étalant théoriquement en bavant à la rupture du kyste .

- 3°) Infiltration diffuse envahissant en surface à limites imprécises .

Remarquons encore la multiplicité des foyers et l'aspect aréolaire à la coupe .

MICROSCOPIQUEMENT :

Trois éléments de structure constants et invariables :

- 1°) Les tubes glandulaires , une ou plusieurs cavités revêtues d'un épithélium de cellules cylindriques hautes ou cubiques , ciliées ou non , analogues à l'endomètre .

Ces tubes glandulaires , à structure folliculinaire ou lutéinique , sont souvent dilatés en kystes .

- 2°) Un chorion cytogène , élément de base du diagnostic , entoure des glandes .

D'épaisseur variable , très irrégulier dans la répartition , formé de cellules trapues à noyau ovoïde , riches en chromatine , le chorion devient oedémateux quand l'épithélium subit la transformation lutéinique .

- 3°) Des fibres musculaires lisses , inconstantes.

- 4°) Prolifération fibreuse autour des îlots d'Endométriose , inconstante .

ENDOMETRIOSE ET GROSSESSE

Les transformations que subit alors l'endomètre sont exactement reproduites au niveau des tissus hétérotopiques . La structure devient alors déciduale . On pourrait de même observer des aspects déciduiformes par surcharge lutéinique .

- OBSERVATION N° I

- Mme DE... - 43 ans -

Opérée à Angers pour fibrome .

Hystérectomie :

On trouve au niveau du cul de sac de Douglas une petite masse dont on pratique l'exérèse et qui réalise un véritable petit utérus en miniature .

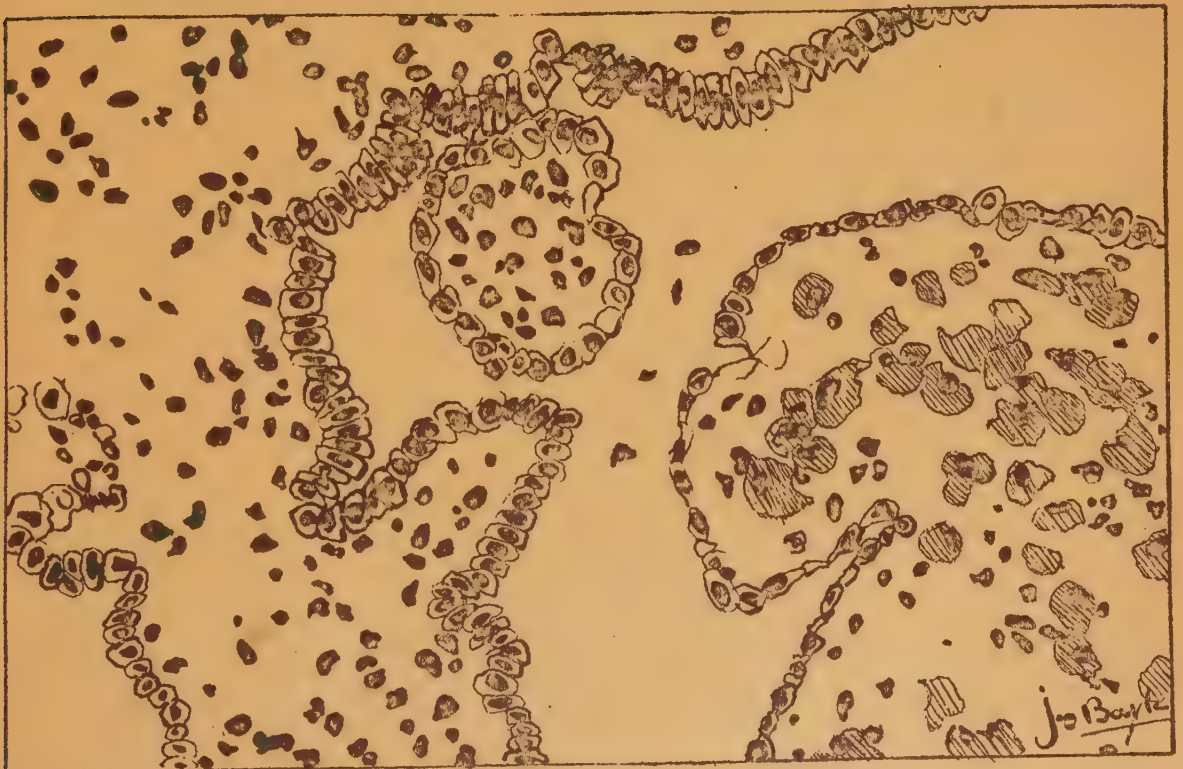
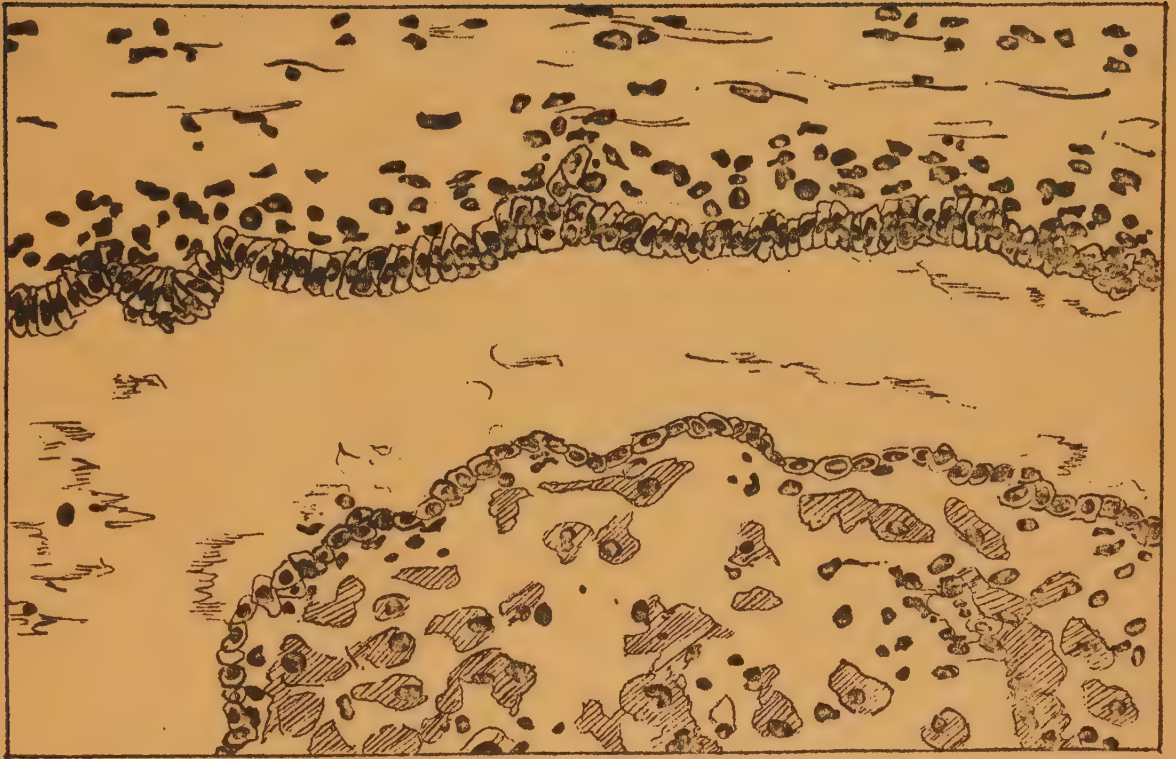
C.R. Histologique :

" Endométriose déciduiforme "

Au milieu d'un tissu cellulo-graisseux péritonéal , on rencontre des formations glandulaires de tailles diverses , présentant des épines conjonctives revêtues d'un épithélium cylindrique dont les éléments cellulaires sont au stade de sécrétion mucoïde . Ces formations sont séparées par un chorion du type cytogène , mais à la partie superficielle les éléments cellulaires prennent le type déciduiforme , voire même décidual , donnant l'image d'une véritable caduque ou pseudo-caduque .

A côté de ce petit utérus en miniature , on rencontre d'autres endométrïomes où les épines conjonctives sont moins marquées , mais où l'on note de façon indiscutable la transformation déciduale du chorion cytogène .

C'est le type d'image caractéristique d'une endométrïose fonctionnelle au stade pré-menstruel .



PROBLEMES HISTOLOGIQUES PARTICULIERS A CHAQUE LOCALISATION

I . ENDOMETRIOSE UTERINE

- Fréquence de l'association au processus léiomyomateux

Cette atteinte du myomètre ou endométriose interne correspond à l'Adénomyose des Anglo-Saxons : affection caractérisée par l'invasion du myomètre par du tissu endométrial avec hypertrophie diffuse du muscle utérin (Novak) .

L'Adénomyose diffère , d'une façon générale , de l'Endométriose pelvienne par le fait qu'il existe un tissu musculaire , le terme d'Adénomyome étant réservé ainsi aux formations endométriales avec présence de fibres musculaires telles qu'on en constate parfois au niveau des ligaments ronds et utéro-sacrés .

- Macroscopiquement :

Hypertrophie utérine modérée prédominant souvent à la paroi postérieure .

Plus constamment on trouve des adhérences unissant l'utérus aux annexes ou au rectum . Au maximum : il existe un véritable blocage pelvien réalisant le "frozen pelvis" .

A la coupe : épaisseur inégale de la paroi musculaire sans nodules circonscrits . On trouve

souvent de petits points hémorragiques dispersés .
La couche muqueuse peut être normale ou bien hyperplasique , voire polypoïde .

- Microscopiquement :

Des îlots d'endomètre s'enfoncent profondément dans le myomètre , bien au-delà des limites normales , pouvant atteindre le rectum , produisant une soudure ferme de l'isthme au rectum .

Ces îlots montrent des glandes typiques entourées de chorion , mais l'image fonctionnelle ne correspond pas , bien souvent , à une réceptivité normale . Il existe alors une réponse à la stimulation oestrogénique mais point à la progestérone . Alors que l'endomètre représente le stade folliculino-lutéinique , ici il est simplement folliculinique ou encore glandulo-kystique .

En somme , à l'instar de ce qui se passe au niveau des polypes , il existe un tissu fonctionnel ou au contraire sans réceptivité .

Comme dans l'endomètre normal , les cellules peuvent prendre le type décidual .

Au niveau des cornes , l'aspect un peu particulier de ces formations où le stroma est parfois absent a pu faire penser à des auteurs qu'il s'agissait d'inclusions wolffiennes (Von Recklinghausen).

Il semble qu'il s'associe à l'infiltration de l'endomètre dans le myomètre , une prolifération des fibres musculaires , si bien que l'histogénèse représente en quelque sorte une hyperplasie utérine qui serait bien en faveur d'un dysfonctionnement endocrinien d'origine ovariennne mais aucune preuve expérimentale n'affirme cette hypothèse .

Notons que Robertson , Hunter , Larson décrivent une "stromal adenomyose" ou stromatose qui désigne un processus invasif réduit au stroma cytogène . Cette variété est à distinguer de la forme maligne que représente le sarcome de l'endomètre .

II . . ENDOMETRIOSE DU COL

- 1°) Classiquement , la prolifération se fait de la paroi postérieure du col vers la cloison recto-vaginale .

- 2°) Il y a lieu d'en distinguer les proliférations en profondeur de l'épithélium mucipare avec absence de chorion cytogène .

- 3°) Enfin il y a lieu d'envisager le diagnostic avec les lésions chroniques d'endocervicite . En effet , les lésions glandulaires peuvent aboutir à la destruction des conduits excréteurs et à la distension de la lumière des glandes par du mucus : ce sont les kystes de Naboth bordés par un épithélium cylindrique ou cubique .

Cliniquement , on perçoit par transparence sous la muqueuse d'apparence saine un ou plusieurs kystes , petites masses jaune nacré , parfois au contraire d'aspect un peu violacé et paraissant tendues . Au toucher , on perçoit des indurations arrondies et régulières .

Ces caractères peuvent prêter à confusion avec les endométrioses du col qui se présentent sous l'aspect de granulations rouge foncé ou bleutées.

Le diagnostic sera basé sur la recherche histologique du chorion cytogène .

III . ENDOMETRIOSE DE L'OVAIRE

Nous verrons que les kystes hématiques rencontrés dans l'ovaire sont de nature diverse et souvent d'origine hormonale (Voir chapitre Kystes goudrons) .

De nombreuses coupes en série , irréalisables extemporanément , sont nécessaires pour mettre en évidence une atteinte latente de l'ovaire .

On a voulu voir dans la présence à l'intérieur du sang menstruel "goudronneux" de macrophages pseudo-xanthomateux un signe de probabilité en faveur des endométrioses (Heinmann). Ce signe eût été d'un grand intérêt , l'examen pouvant être pratiqué rapidement , mais il s'agit d'une interprétation difficile , sinon douteuse , car chaque fois

qu'il y a hémorragies apparaissent des lipophages
(de Brux) .

La localisation ovarienne donne lieu au diagnostic différentiel difficile avec certaines formations "glandulaires" diffuses et multiples dans l'ovaire que l'on désigne sous le nom d'inclusions embryonnaires .

Une notable proportion de kystes ovariens ou para-ovariens (kystes résiduels du mésosalpinx) devraient dus d'après certains auteurs à des débris vestigiaires du canal de Wolff . Ces dysembrioplasies peuvent prêter à confusion car elles réalisent des kystes de dimensions très variables , uniques ou au contraire bilatéraux , uniloculaires ou à poches multiples .

Histologiquement : épithélium de revêtement de type cylindrique haut , à cellules souvent mucipares , caractère qui les différencie des kystes à type germinatif de l'ovaire . Leur transformation cancéreuse aboutit à l'épithélioma dit wölffien ou canaliculaire . Fait capital : il n'y a pas de chorion cytogène .

IV . ENDOMETRIOSE TUBAIRE

Ici le diagnostic le plus important à faire concerne l'affection décrite sous le nom de salpingite isthmique nodulaire ou adénofibrose tubaire .

Nous allons voir sur quels critères il faut se baser pour en distinguer l'endométriase intersti-
tielle de la trompe de Philipp et Huber qui atteint la même portion tubaire et consiste dans un remplacement progressif de la muqueuse endo-tubaire par l'endomètre (il y a continuité entre ces formations et l'endomètre) .

Dans les deux cas , en effet , l'aspect est le suivant :

on se trouve en présence d'une prolifération massive de tourbillons musculaires , réalisant une véritable myomatose dont le point de départ est situé dans la musculuse . Ces formations transforment la structure de la trompe et au lieu de la lumière normale on trouve plusieurs canalicules rétrécis au centre de faisceaux de fibres hyperplasiques . Il se produit ainsi des enclaves recouvertes d'épithélium cylindrique qui peuvent rappeler les tubes glandulaires endométriaux .

Comment mettre une étiquette étiologique à ces lésions ?

L'aspect anatomique ci-dessus décrit , que les Anglo-Saxons appellent "salpingitis isthmica nodosa" semble correspondre à une malformation congénitale des cornes utérines .

Au contraire , sur certaines coupes de trompe, la lumière est comblée par un tissu conjonctif parsemé d'images de tubes épithéliaux . Il s'agit ici d'une séquelle réalisée par la fibrose secondaire atteignant les villosités tubaires devenues coalescentes au cours d'une salpingite .

On recherchera la présence de macrophages qui seraient témoins du processus inflammatoire .

Ces "endosalpingioses" sont souvent retrouvées au niveau de la partie interstitielle des trompes après salpingectomie sans résection de cette portion tubaire (Palmer) .

Pour guider le diagnostic étiologique on ne pourra s'aider des différences histologiques de l'épithélium de revêtement , mais sur le fait que la présence de glycogène dans une trompe ou un ovaire dénote la présence d'endométriose et essentiellement - seul élément de diagnostic valable - l'absence de chorion cytogène .

V. . ENDOMETRIOSE GANGLIONNAIRE

A l'occasion de biopsies ganglionnaires pour cancer du col (Buliard, Champy , Herrenschmidt) et également chez des femmes indemnes de tout cancer (Wertheim) il a été diagnostiqué dans les sinus périphériques des ganglions : des cavités entourées d'un épithélium cylindrique ou cubique , éléments

glandulaires entourés par une basale en contact direct avec le tissu ganglionnaire .

Les interprétations sont différentes , suivant les auteurs .

Certains les expliquent par une origine cancéreuse : métastase d'épithélium pavimenteux du col à partir de glandes cervicales métaplasées (aspect glanduloïde) . Cependant on note : la régularité cellulaire , l'absence de mitoses et d'atypie nucléaire , l'absence de tendance envahissante . Ce qui fait que beaucoup d'auteurs n'admettent pas que ces inclusions proviennent de l'essaimage d'un cancer du col (Wertheim : "Jamais de récurrence cancéreuse dans les cas d'inclusions ganglionnaires de cette sorte") .

R. Meyer pense à une métaplasie endothéliale.

Halban , Gricouroff , Taussig soutiennent l'endométriome métastatique par voie lymphatique . On objecte alors qu'il manque le manchon de chorion cytogène classique .

L'observation suivante illustre parfaitement ce problème de diagnostic histopathologique :

- OBS. 2^e . - Mme LEM... - 32 ans -

- Leucorrhée jaunâtre depuis 1 mois ,
après salpingite .

- Antécédents :

I Accouchement en 1944

I F.C. suivie de salpingite , en 1950

- Menstruation :
33 j. / 5 j.
- Examen gynécologique :
Ulcération endocervicale
- Frottis vaginal :
quelques éléments dysplasiques ,
un groupe de cellules suspectes .
- Biopsie :
Epi baso-cellulaire ,
vraisemblablement déjà invasif .

C.R.O. (7.7.53 : Pr Funck-Brentano) :
Wertheim en disséquant tous les vaisseaux
iliaques ; les paramètres sont souples .
De volumineux ganglions de Leveuf sont pré-
levés à D. comme à G.

C.R. Histologique (Dr Moricard) :
Col : Epi basocellulaire ulcéré , avec gros-
ses anomalies nucléaires .
Les bourgeons pénètrent profondément dans le
chorion .

Muqueuse utérine : à la fin de la période
folliculinique .

Ovaire : follicules en développement .
Cicatrices d'anciens corps jaunes .

Ganglions D. et G. : présence de tubes glan-
dulaires revêtus par un épithélium cylindrique
régulier .

Il est possible qu'il s'agisse d'une endomé-
triose intra-ganglionnaire ou d'une métastase
cylindrique , ce qui est anormal puisque l'épi-
thélioma est baso-cellulaire .

- Récidive locale 6 mois après l'intervention .

S'il est ⁱⁿdiscutable , étant données les ano-
malies nucléaires et architecturales et également
la notion de récidive , que la nature épithélioma-
teuse de la lésion du col soit une certitude , les
anomalies ganglionnaires prêtent à discussion .

En effet :

1° - Si en règle générale , l'aspect et la structure des noyaux secondaires diffèrent peu de l'épithélioma primitif , il existe des exceptions , et par rapport au foyer primitif les métastases peuvent subir une simplification ou une différenciation structurale et fonctionnelle plus poussée .

2° - Ces épithéliomas malpighiens du col ne sont pas du type baso-cellulaire pur mais épidermoïdes nés sur métaplasie des glandes endo-cervicales . La métaplasie se traduit par l'apparition de stratification pavimenteuse sans irrégularité nucléaire au niveau de certaines cellules des tubes glandulaires dans la région de transition des épithélium cylindrique et pavimenteux . Ces cellules ne contiennent pas de glycogène .

3° - Des notions précédentes on peut déduire qu'il n'est pas impossible de retrouver parmi les métastases le type originel tissulaire , en l'occurrence le type cylindrique .

Par conséquent , dans l'observation qui nous intéresse , il serait absolument erroné d'éliminer le cancer . Disons simplement , que l'on ne peut conclure avec certitude pour la métastase cancéreuse en raison de la régularité de l'épithélium cylindrique qui rappelle les tubes glandulaires endométriaux .

LA CANCERISATION

1° - En présence d'un cancer du corps et une hétérotopie d'endométriose siégeant dans le myomètre pourrait être distinguée d'une métastase myométriale d'un adénome malin par la présence d'un chorion cytogène .

2° - En l'absence de cancer de l'endomètre , la transformation néoplasique de foyer hétérotopique est possible . Tous les auteurs s'accordent pour la reconnaître comme rare et ce risque , dans la conduite opératoire , peut être négligé .

3° - Sampson a émis l'hypothèse d'une transformation maligne possible de l'endométriose ovarienne .

C H A P I T R E III

ENDOMETRIOSE ET DYSMENORRHEE

---oOo---

L'Endométriose peut être absolument silencieuse .

Hormis ces formes , la dysménorrhée constitue le syndrome fonctionnel commun à toutes les variétés topographiques d'Endométriose pelvienne . Les observations suivantes concernent des malades venues consulter essentiellement pour douleurs survenant en période menstruelle .

DYSMENORRHEE PRIMAIRE

- OBS. 3 . - Mme MOL... - 17 ans -

- Dysménorrhée I depuis la puberté (13 A 1/2)

- 1°) Légères douleurs 2 jours avant les règles
- 2°) Douleurs très violentes le 1er jour
- 3°) Douleurs persistant toute la durée des règles pendant 4 jours
- 4°) ces douleurs surviennent par crises paroxystiques
- 5°) Irradiations vers les cuisses et les lombes
- 6°) Non calmées par les sédatifs banaux (Sédol)
- 7°) Entre les Règles , persistance d'un endolorissement pelvien .

- Antécédents :

 Puberté à 13 A 1/2

 Appendicectomie en 1950

 Kyste du sein G. opéré à l'âge de 10 A.

- Menstruation
35 j. / 4 j.
Leucorrhée abondante les jours précédant et suivant les règles .
- Traitements suivis :
Ondes courtes : ne donnent aucun résultat
Androgènes : " "
Lutogyl : " "
Ethinyl-oestradiol , après les règles :
perturbe les cycles à la dose de 100 dam-
mas / jour x 8 j. par mois ,
et a fait augmenter la dysménorrhée uti-
lisé pendant une période plus longue cha-
que mois (50 gammas / j. x 19 j. du mois)
- Examen gynécologique :
T.V. impraticable
T.R. : gros utérus tout à fait rétroversé et
rétrofléchi , basculé en arrière dans le
Douglas avec une nette induration de l'
Utéro-sacré D.
Fond utérin sensible
Rétroversion absolument fixe : probabili-
té d'endométriase (dr Robert) , avec rétro-
version adhérente , volumineux utéro-sacré
D.
- En raison de l'âge (17 ans) on conseille :
 - (- Phenergan per os: 1 comp. toutes les 1/2 h.
 - (- Isendryl
 - (- Stenandiol 50 , 2 injections par semaine
 - (- Extrait mammaire
- Deux mois après , n'a pas été calmée par le
traitement . Intervention .

C.R.O. (Dr Robert)
Pfannenstiel
Utérus rétroversé
Annexes saines
Endométriase de la Face postérieure du liga-
ment Large droit et du ligament utéro-sacré ,
sans aucune autre anomalie .
Mocquot , Pastalozza .
Cloisonnement du Douglas .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux)
Les deux fragments de péritoine soumis à l'
examen montrent un aspect d'Endométriase .
Si l'un des deux consiste en une vaste for-
mation dilatée , gorgée de sang , bordée par un
épithélium aplati et par une discrète bande de

sclérose où persistent par endroits quelques débris de chorion cytogène , l'autre fragment , par contre , montre des images d'endométriose absolument typique , représentant un véritable utérus en miniature avec même présence de quelques épines conjonctives au niveau des tubes .

Ces endométrioses sont situées dans une zone collagène isolée au milieu d'un tissu cellulograisseux péritonéal et ici encore se pose le problème de la pathogénie de cette mystérieuse affection , métaplasie ou embolie de cellules endométriales .

Nous constatons ici :

I° - une endométri

ose survenue très précocément et à évolution rapide chez une jeune fille sans antécédent gynécologique .

2° - Elle réalise la forme avec rétroversion fixée : un des aspects les plus fréquents et les plus typiques .

3° - Les caractères de la dysménorrhée sont également extrêmement évocateurs si bien que le diagnostic avait pu être pratiquement fait avant l'intervention .

4° - Notons que le Stenándiol 50 à la dose de 2 injections par semaine n'a pas été plus efficace que les sédatifs banaux .

- OBS. 4 . - Mme FER... - 23 ans -

- Dysménorrhée du I° jour

8 j. avant : douleurs abdominales
tension des seins
nausées , vomissements .

- Antécédents :

Puberté à 14 ans .

- Menstruation :
27 j. / 3 j.
peu abondantes . Caillots .
- Examen gynécologique :
Col sain , conique
Pas de glaire (18° jour)
Antéflexion +++
Ovaire D. perçu
Cul-de-sac G. nettement dépressible et induré .

Probabilité d'atteinte de l'utéro-sacré G.

T.R. confirme .

- Conclusion :
Quasi certitude d'endométriose compliquée d'antéflexion

- Cycle de F.V. : normal

Décider : Dilatation avec tube d'Iribarne ou exploration .

C.R.O. (Dr Robert) , l'Isendryl n'ayant pas donné de résultat .

Stomatoplastie de Pozzi + Tube de Palmer .
Pfannenstiel confirme la clinique .

Le ligament utéro-sacré G. est envahi par l'endométriose .

Annexes saines
Kyste goudron de l'ovaire G.
Cloisonnement du Douglas . Paroi nylon .
Agrafes .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux)
Endométriose .

La dysménorrhée intense peut s'accompagner de phénomènes péritonéaux qui se traduisent par des nausées et vomissements , et d'un retentissement sur l'état général :

asthénie , amaigrissement .

- OBS . 5 . - Mme ROB... - 38 ans - vue le 26.5.53

- Dysménorrhée I progressive depuis la puberté
- Antécédents : I accouchement en 1938
- Menstruation :
28 j. / 2 j.
- Examen gynécologique :
Col sain
Corps gros (plus de 4 travers de doigt)
Annexes normales

C.R.O. (18.6.53 , Dr Robert)

Médiane

Un peu de liquide clair

Petit fibrome

Endométriose sur le Douglas

Subtotale avec conservation

Cervicopexie .

C.R. Histologique des différents fragments (Pr Agr. de Brux) :

1°/ Réaction adénomateuse des glandes endocervicales .

2°/ Endomètre : muqueuse en état folliculino-lutéinique au début . Présence de glycogène dans la basale des tubes glandulaires .

3°/ Image typique d'Endométrïomes multiples au niveau du fragment prélevé sur le Douglas .

Le 7.10.53 : Se plaint de bouffées de chaleur importantes . Persistance de douleurs bilatérales en période de règles , mais s'estime améliorée par l'intervention et souffre moins .

Col sain : pas de glaire

T.V. : R.A.S.

Traitement médical : Stenandiol 200 mg par mois

Le 20.1.54 :

Aucune atrophie .

Glaire importante

Traitement: Androtardyl 200 mg (I amp/ mois x 3 M.
+ I injection de Progestérone 25 mg

Notons la coexistence d'une réaction adénoma - teuse des glandes cervicales que les travaux de Champz et Cesa (expériences faites sur la rate castrée) tendent à classer parmi les dystrophies endocriniennes , et d'autre part , d'un petit myome utérin .

- OBS. 6 . - Mme LES... - 37 ans -

- Dysménorrhée I , d'intensité croissante de -
puis quelques mois..

- Menstruation :

28 j. / 8 j.

règles de plus en plus prolongées , avec
caillots les 2° et 3° jours .

Amélioration par Stérandryl .

- Examen gynécologique :

Col à G. , ectropionné , glaire trouble
Schiller normal

Utérus très gros (4 travers de doigt) ,
bosselé , fibrome enclavé .

C.R.O. (Dr Robert) :

Médiane .

Il existe un barrage formé par le grêle et
le colon G. collés entre eux et à l'utérus de fa-
çon intime . Il existe une foule de faux kystes
à contenu sanglant . La libération du fond uté-
rin est pénible , mais sans incident . Le Dou-
glas est comblé par l'adhérence inextricable en-
tre un très gros fibrome et les annexes très ma-
lades d'une part , et le rectum d'autre part .

Aussi fait-on une hystérectomie première , de
G. à D. , subtotale , puis l'ablation de l'annexe
D. (grosse trompe bouchée , ovaire plein de sang)
puis de l'annexe G. petite , scléreuse , collée
à la paroi pelvienne , l'ovaire étant scléreux
et inutilisable . Il n'existe absolument plus de
péritoine pelvien . Aussi tunnelise-t-on le col ,
on y passe un drain qui va dans le vagin .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) de l'annexe D.:

1°/ Trompe normale

2°/ Ovaire en activité , avec un follicule
en voie de lutéinisation , un corps jaune hémor-
ragique , un petit kyste folliculaire en voie d'
involution .

Seule la présence d'un volumineux endométri-
ome représentant un véritable utérus en miniature
avec une muqueuse de revêtement , des formations
glandulaires endométriales et un chorion cytogè-
ne situé entre l'ovaire et la trompe permettent
de confirmer le diagnostic porté à l'interven-
tion : Endométriose .

5 mois après : Quelques troubles ménopausiques

Signes d'atrophie vulvaire avec rougeurs au
bord libre des caroncules hyménéales .

Traitement : Ethinyl-Oestradiol Endo
I semaine chaque mois.

Le fibrome , les annexes et la face antérieure du rectum sont soudés par des adhérences complant le Douglas . Cette constatation opératoire fréquente est fort en faveur du diagnostic d'Endométriose .

- OBS . 7 . - Mme JOL... - 27 ans -

- Dysménorrhée du 1er jour .

- Cystites à répétition .

- Examen gynécologique :

T.V. : Corps utérin latéro-dévié à D.

Annexes D. normales

A G. : Masse latérale à G. et en arrière .

T.R. : Masse kystique comme une orange à G.

C.R.O. (Dr Le Goff)

L'ovaire G. apparaît augmenté de volume , ramolli , donnant l'impression d'un utérus gravide .

Dans le Douglas existe une masse de la taille d'un pamplemousse , collant à la profondeur et qui est l'ovaire D. kystique renfermant un liquide goudron . On la libère au doigt .

Annexectomie G.

Sur la face antérieure du sigmoïde persistent des débris noirâtres évoquant l'endométriose .

Ovaire D. augmenté de volume kystique , que l'on ponctionne : liquide clair .

Pas de corps jaune .

Sur le péritoine vésico-utérin petit fragment d'endométriose probable que l'on prélève .

Paroi en 3 plans .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Ovaire : kyste hématique banal ;
pas d'endométriose .

Fragment prélevé sur le péritoine vésico-utérin : petit nodule fibreux contenant quelques glandes revêtues d'un épithélium cylindrique entouré d'une petite zone de chorion cytogène . Endométriose probable .

Après l'intervention :

Récidive de cystite (colis , staphylocoques)

6 mois après l'intervention :

Perception d'un petit noyau dur sur la face postérieure de l'isthme , de la taille d'une cerise .

Ce cas est intéressant , car il est assez rare de rencontrer des endométrioses du péritoine vésico-utérin . Les auteurs décrivent plus volontiers la localisation à la cloison vésico-vaginale . Comme dans cette dernière , nous trouverons un signe important : la cystalgie périodique .

Il a également été signalé un oedème bulleux du trigone , mais malheureusement la cystoscopie n'a pas été pratiquée chez notre malade , ce qui est d'autant plus regrettable que les cystites ont récidivé et qu'un noyau assez caractéristique de l'affection a été perçu plus tard à la face postérieure de l'isthme .

- OBS. 8 . - Mme SEL... - 40 ans - vue le 21.6.52

- Dysménorrhée du 1er jour des règles
- Ménorragies
- Hémorragie intermenstruelle douloureuse depuis 3 mois
- Menstruation :
27 j. / 4 - 5 j.
- Examen gynécologique :
Col prend bien le lugol
Corps volumineux : assez gros fibrome .
- Hystéroggraphie :
Grande cavité
Polypes des faces
Bords irréguliers .
- Frottis : très nombreuses cellules cervicales et endométriales .

C.R.O. (2.6.53 , Pr Funck-Brentano)

Fibrome utérin . Endométriose . Col suspect.
Médiane sus-pubienne .

On tombe sur un véritable diaphragme pathologique adhérentiel .

Les 2 annexes sont le siège de salpingite chronique et de kyste de l'ovaire gouffron (Endométriose ?)

Hystérectomie totale sans que l'on puisse conserver d'annexe .

C.R. Histologique (Dr Moricard)

Endocol :

état dysplasique sans anomalies de mitoses

Endomètre :

état folliculino-lutéinique au début .

Ovaire :

très larges plages d'endométriose en plein parenchyme ovarien . La muqueuse est en état folliculino-lutéinique au début avec glycogène , tout à fait semblable à la muqueuse utérine .

Conclusion :

Outre l'endométriose , nous trouvons : muqueuse polypoïde , fibrome , ménorragies , syndrome douloureux intermenstruel qui sont en faveur d'un dysfonctionnement endocrinien dans le sens de l'hyperfolliculinisme .

Nous analyserons cette question plus loin .

- OBS . 9 . - Mme LEM... - 27 ans -

- Dysménorrhée I
- Hypoménorrhée
- Leucorrhée ?

- Antécédents :

Puberté à 14 A

Appendicectomie en 1951

Douleurs sourdes dans la FID persistantes après l'intervention .

Dysménorrhée pendant la période menstruelle jusqu'à l'âge de 20 ans , puis pré et post-menstruelle .

Atténuation par ondes courtes .

- Examen gynécologique :

Col sain

Glaire claire

T.V. :

Fond utérin sensible

Rétroversion qui mérite l'indication opératoire , selon l'intensité des douleurs .

Le 13.I.54 :

Souffre surtout en période menstruelle et à la position assise .

C.R.O. (Dr Robert) :

Pfannenstiel

Rétroversion + trope G. bouchée + occlusion partielle du pavillon D.

On trouve de plus des granulations sur le péritoine utérin , qui ne sont certainement pas tuberculeuses , et sur l'utéro-sacré G. : une endométriose .

Mocquot Pestalozza .

Salpingostomie G. à la Pollosson .

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)

1°/ Image typique d'endométriose

2°/ Le fragment est constitué par d'assez nombreuses fibres musculaires au milieu d'une substance fondamentale hyaline .

En bordure , on rencontre des formations arrondies bordées par un tissu conjonctif dense avec parfois présence de cellules géantes macrophagiques .

Il s'agit vraisemblablement de cytonécrose péritonéale ou peut-être de lésions endométriales guéries , mais dans lesquelles il a existé des dégénérescences tissulaires .

DYSMENORRHEE SECONDAIRE

- OBS. 10 . - Mme SUE... - 23 ans - vue en Sept.51

- Dysménorrhée II depuis 4 ans , après un épisode douloureux abdominal bas étiqueté : "grippe intestinale" .

- Règles : durant 5 à 6 jours , abondantes .
Hyperménorrhée depuis quelques années .

- Amaigrissement .

- Antécédents :

Appendicectomie en 1950 , il y a deux ans , mais la dysménorrhée a persisté , amaigrissement progressif , fièvre vespérale .

En Février 1951 , devant la masse pelvienne anormale et ce tableau , on porte le diagnostic de tuberculose annexielle (R.U.V., Streptomycine , P.A.S.)

Cependant , cet état persiste , avec amaigrissement de 15 Kg , vomissements , constipation , hyperménorrhée (règles durant 8 jours).

Cuti extrêmement + , V.S. très accélérée , V.R. ++ , anémie , éosinophilie .

An Avril 1951, on continue Strepto , P.A.S. , calcium , R.U.V. :

Amélioration légère , température abaissée , les règles deviennent normales .

En Septembre 1951 :

Pâleur , asthénie , fièvre ,

- T.V. (Pr Funck-Brentano)

Masse énorme qui semble adhérente à tout le petit bassin , dure , douloureuse , mal limitée .

Pas d'épanchement intra-péritonéal .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :

Médiane sus pubienne

On tombe sur un premier kyste hématique gou dron de l'ovaire D. que l'on ponctionne .

Le tout est intimement adhérent au colon sigmoïde .

Castration bilatérale en laissant en place l'utérus qui est en véritable continuité avec la face antérieure du rectum .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

1° fragment : Kyste hématique ayant une paroi fibreuse dans laquelle on ne trouve pas d'épithélium cylindrique .

2° fragment : on trouve sur une paroi conjonctive très dense un épithélium cylindrique qui rappelle un épithélium utérin , mais la différenciation du chorion cytogène reste très incomplète .

En raison de la présence de cet épithélium cylindrique , le diagnostic d'endométriose est probable .

Cette observation pose le problème de la tuberculisation de l'endométriose .

Quelques cas en ont été rapportés dans la littérature concernant l'endométriose utérine . Il s'agit là, soulignons-le, d'une complication exceptionnelle.

- OBS. II . - Mme CHA... - 25 ans - vue en Déc.50 .

- Dysménorrhée II depuis 2 ans , à la suite de 2 F.C. provoquées de 1 et 3 mois en 1949 et 1950 , les 2 suivies de curettage .

douleurs prédominant dans la F.I.G. , irradiant vers la cuisse G. .

asthénie , amaigrissement .

- Antécédents :

1 accouchement en 1945.

2 F.C. en 1949 et 1950

Malgré Diathermie , vaccins , les douleurs progressent , continuelles , et parfois température vespérale .

- Examen gynécologique :

Col sensiblement attiré vers la G.

Corps à peine augmenté de volume , latéroversé vers la G. , douloureux à la mobilisation .

Cul-de-sac D. à peu près souple ,

masse de la taille d'une grosse noix ,

probablement ovaire , un peu douloureuse au

T.V. , un peu mobile , distincte de l'utérus

Cul-de-sac G. bridé ,

masse profonde , mal limitable , haut située , postérieure , douloureuse .

C.R.O. (Dr Robert)

Pfannenstiel .

Liquide citrin .

On trouve à G. un gros ovaire collé au pelvis , à D. un ovaire plus gros qu'un oeuf , tigré de points noirs .

Diagnostic : Endométriose .

En effet , la section de l'ovaire montre 2 gros kystes goudron .

Ovariectomie D.

Appendicectomie .

C.R. Histologique :

Endométriose ovarienne très probable . La différenciation du chorion cytogène reste très partielle , mais la cavité hémorragique est revêtue d'un épithélium cylindrique .

L'atteinte ovarienne bilatérale , si elle ne donne pas toujours une dysménorrhée particulièrement tardive, peut néanmoins être logiquement soupçonnée quand on sent au T.V. deux masses douloureuses et mal limitables, avec gros utérus rétroversé et douloureux.

- OBS . I2 . - Mme DAE... - 28 ans - vue en 1953

- Dysménorrhée II depuis 10 ans , progressive ,
+++ les trois premiers jours des règles ,
surtout le 1er jour , irradiant à la F.I.D.
et à la région lombaire , de façon inter -
mittente , et violente (Sédol) .
Crises douloureuses entre les Règles et du côté D.

- Antécédents :

Accouchement : 0
F.C. : 0 } Stérilité I depuis 6 A.
Hyperménorrhée
Puberté à 15 ans
Métrite en 1946 , il y a 7 ans .
Salpingite
En 1946 : Annexectomie D. (pour salpingite
et kyste de l'ovaire D.) apporte un soulagement pendant quelques années ,

- Menstruation :

28 j. / 5-6 j. , abondantes .
Pertes blanches .

- Examen gynécologique :

Vulve , vagin , normaux
Col normal : sécrétion $\pm$ filante (qq. polys,
qq. spermatozoïdes immobiles)
Annexe D. : cul-de-sac bridé , sensible .
Corps utérin en rétroversion-flexion , très
mobile .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Libération d'adhérences épiploïques nombreuses .

Résection du nerf pré-sacré .

A D. : Nodule de la corne , grosse noisette
que l'on ressent .

A G. : Nodule de la corne
trompe dilatée ,
ovaire polykystique .

a) Salpingectomie totale y compris le nodule
de la corne .

b) Résection des 4/5 polykystiques de l'ovaire .

Péritonisation-fixation de Cover .

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)

(Ovaire polykystique + trompe + corne)

Fragment de la corne : faisceaux de fibres
musculaires lisses entrecroisées : salpingite
isthmique noueuse .

Portion tubaire : lumière rétrécie , franges volumineuses , aspect pseudo-glandulaire . Le chorion est dense et scléreux avec larges zones peuplées de cellules inflammatoires de type sub-aigu avec de très nombreux plasmocytes .

Le chorion très muqueux est épaissi et scléreux avec des îlots de cellules inflammatoires .

Aspect typique de salpingite chronique .

Les musculeuses sont dissociées . On note la présence dans la sous-séreuse de quelques formations de type acino-canaliculaires , bordées par un épithélium cylindrique haut et que l'on peut considérer soit comme des Endométriomes dépourvus de chorion cytogène , soit comme des restes embryonnaires de type wolffien .

L'ovaire : paraît pratiquement normal avec un stroma sarcomatoïde assez riche et contenant de nombreux follicules en voie de croissance . Formation kystique d'aspect folliculaire . Au milieu de corps jaunes cicatriciels se détache un Endométriome typique . A côté , d'autres formations endométriales dans le parenchyme ovarien .

Les nodules des cornes correspondent ici , non plus à une endométriose , mais à une salpingite isthmique noueuse .

Le diagnostic est exclusivement histologique .

Nous avons vu la difficulté du diagnostic étiologique .

- OBS . I3 - Mme POR... - 27 ans - vue en Mars 1953

- Dysménorrhée II depuis 1 an .

très intense avant)
 durant) les règles
 après)

empêchant la marche ,
avec mastose fibrokystique douloureuse ,
traitée par Sterandryl .

- Antécédents :

Appendicectomie en 1944

2 accouchements - en 1946 , normal ,

- en 1949 , avant terme .

Salpingite en 1952 (antibiotiques)

- Menstruation :
28 j. / 3 j.
- Examen gynécologique :
 - Colon G. spasmé et douloureux .
 - Allongement du col important
 - Utérus béant (cavité : 9 cms)
- T.V. :
 - Rétroversion fixée douloureuse .
- T.R. :
 - Confirme les données précédentes .
- Mastose surtout à D.

C.R.O. (Mars 53 : Dr Robert) :

- Rétroversion .
- Courte médiane
- Annexes saines
- Endométriose du Ligament utéro-sacré D.
- Gros utérus lourd et marbré .
- Cloisonnement du Douglas .
- Doléris-Pellanda .

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)
Présence au milieu d'un tissu conjonctif assez dense de quelques formations du type endométrial.

Le 9.12.53

- Pas de dysménorrhée .
- Nodule allongé sous-mammaire D.
- T.V. :
 - Utérus antéversé , mobile , non douloureux ,
 - sauf le ligament utéro-sacré D.
- Traitement :
 - Androtardyl x 3 mois .

Forme fréquente avec infiltration d'un ligament utéro-sacré et rétroversion fixée .

D'autre part , mastose fibrokystique , dont on sait qu'elle fait figure d'endocrinopathie, et qui serait , pour certains, liée à l'hyperfolliculini-

Enfin , nette amélioration fonctionnelle après exérèse du noyau d'endométriose et correction de la rétroversion .

- OBS . I4 - Mme TOUL... - 26 ans - vue le 14.9.53

- Dysménorrhée dont le début remonte à l'âge de 18 ans , avec aggravation progressive .
- Gros ovaire D. connu depuis l'âge de 18 ans
- Mariée 1 an : pas de grossesse
- Menstruation :
28 j. / 4 j.
douleurs avant et surtout pendant les règles
Jamais de traitement hormonal .
- Examen gynécologique :
Col sain ; glaire claire .
Utérus antéfléchi , repoussé à G.
A D. : masse ronde , très haute , latéro-
utérine . Kyste dermoïde probable mais
l'endométriome est discutable .

T.R. :
Rien de perceptible .

C.R.O. (23.9.53 : Dr Robert)

- Pfannenstiel
- Un peu de liquide hémattique
- Endométriome ovarienne D. réalisant un grand
kyste goudron .
- Adhérence intime au rectum et au ligament
large . Trompe normale . Le clivage est difficile.
- Après isolement du kyste , on décide de gar-
der un peu de parenchyme ovarien , ce qui est réa-
lisé .
- Quelques grains noirs sur l'autre ovaire et
sur les utéro-sacrés .
- Trompes normales et utérus normal .
- Fermeture pariétale au nylon . Agrafes..

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)

Endométriome ovarienne

Nombreuses et volumineuses formations kysti-
ques de type folliculaire avec à l'intérieur du
sang hémolysé .

Ailleurs , on ne rencontre plus que de lar-
ges zones + ou - hémorragiques avec formation d'
hémoglobine et apparition de macrophages . Par
endroits , l'organisation fibroconjonctive est
presque complètement terminée . Mais on rencon-
tre des formations kystiques bordées par un épi-
thélium cylindrique assez bas , directement pla-
cé sur le tissu conjonctif et de diagnostic dif-
ficile si on ne rencontrait parfois quelques élé-
ments cellulaires de type chorion cytogène . Ces
éléments sont suffisants pour affirmer le diagnos-
tic d'endométriomes .

Ces processus sont si importants qu'on ne rencontre pratiquement plus de tissu ovarien proprement dit .

Le petit fragment de tissu enlevé après excrèse des kystes est un tissu de fibrome dans lequel on trouve des formations nettement endométriales avec une couronne de chorion cytogène typique .

Le 9.II.53 :

Dernières règles : 30.9.53 , n'a pas eu de douleurs , puis le 25.IO.53 : presque sans douleurs (durée 1 heure)

Aucun traitement

Cicatrice parfaite

Aucune masse annexielle .

Ainsi se trouve réalisée dans cette observation l'endométriiose annexielle à type de kyste ovarien qui est généralement adhérent à la paroi et aux organes pelviens qui l'entourent . Son volume important posait ici le problème du kyste dermoïde. L'attention a été attirée par la dysménorrhée progressive en rapport avec la rupture périodique des petits kystes endométriosiques .

- OBS . I5 . - Mme SAU... - 26 ans -

- Dysménorrhée II depuis environ 5 ans
douleurs intenses les 48 premières heures ++
traitées depuis 50 sans résultat (Benzo-gynosteryl , Gonadotrophines , Sterandryl , Lutogyl)
+ gonflement abdominal
- Antécédents :
Appendicectomie à 10 A.
- Menstruation :
28 j. / 5 j.
- Examen gynécologique :
Col conique , orifice punctigorme
Col perméable à l'hystéromètre .
Rétroversion peu mobile
Masse annexielle D. du volume d'une mandarine , collée à la corne D.
Cul-de-sac G. non dépressible .

C.R.O. (20.3.53 : Dr Robert) :

Pfannenstiel

Mocquot Pestalozza

Endométriose du Douglas et des ligaments
utéro-sacrés . Prélèvement

Résection de l'ovaire D. qui contient des
micro-kystes gélatineux .

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)

1) Aspect typique d'un volumineux endomé -
triome réalisant à un endroit l'aspect d'un vé-
ritable utérus en miniature .

2) A côté du kyste , il existe plusieurs
petits endométriones , absolument typiques .

Le 20.5.53 :

A présenté après l'intervention des douleurs
du même type que précédemment .

- Spéculum :

Col sain .

- T.V. :

Utérus en antéversion

Ovaire D. sensible et douloureux .

- Conclusion :

Association d'une endométriose pelvienne et
ovarienne .

- Traitement :

1°) Testostérone-Progestérone

2°) En cas d'échec :

(Methyltestostérone

+ Androstenediol

Le 4.II.53

Aucun résultat après 2 mois de traitement

Examen normal , sauf un nodule sur la face
postérieure de l'isthme .

On change le traitement (Isendryl)

Conclusions :

Le traitement , qui doit être conservateur chez
la femme jeune , l'expose , malheureusement , aux
récidives post-opératoires .

Les traitements médicaux sont alors mis en oeu-
vre , variés et d'intensité croissante .

CONCLUSIONS SUR LA DYSMENORRHEE DE L'ENDOMETRIOSE

Schématiquement , les manifestations fonctionnelles de l'endométriose sont de 3 types :

- Syndrome bruyant

- Syndrome atténué

dysménorrhée , douleurs ou hémorragies sans caractères précis .

- Type muet .

Cette dysménorrhée est classiquement :

" acquise " , survenant tardivement chez une femme jeune , jusqu'alors normalement réglée ,

" tardive " , vers la fin des règles ,

" violente " forçant à garder le lit et à utiliser les antalgiques ,

" progressivement aggravée " avec l'évolution de la maladie .

En fait , d'après nos observations , il semble que ces caractéristiques puissent faire défaut dans bien des cas au cours de cette affection si polymorphe .

Les auteurs définissent ces douleurs menstruelles comme acquises , survenant tard après la puberté . Elle paraît s'être révélée quelquefois dès la puberté ou peu de temps après , dans les années qui

suivi . Cette forme précoce est retrouvée dans 35 % des cas .

L'apparition de la dysménorrhée par rapport aux menstruations est variable . Certaines malades souffrent dans les jours qui précèdent , d'autres autant que durent les règles , mais il ressort de l'interrogatoire que , le plus souvent , la douleur atteint son paroxysme le premier jour , parfois elle prédomine les 1er et 2° jours . Ce type de dysménorrhée diffère donc , comme l'ont remarqué Roux et Doubrow , de la dysménorrhée banale par sa persistance pendant le 1er jour et ce signe est retrouvé dans 75 % des cas .

Généralement intense , ce caractère varie d'une malade à l'autre et avec l'ancienneté de l'affection . Les antalgiques habituels , type Sédol , ne calment pas complètement . Il s'y ajoute parfois des nausées , de l'asthénie , des lipothymies . La souffrance est bilatérale , prédominant souvent d'un côté . Le T.V. peut réveiller une douleur semblable , surtout à l'approche des règles . Enfin , les irradiations sont signalées vers les lombes et les membres inférieurs (Douay) .

Aggravation progressive : ce symptôme est quasi constant ; il n'y a régression qu'avec la ménopause ou par la thérapeutique .

Notons qu'il existe parfois un fond douloureux permanent au niveau de l'abdomen ou des lombes avec recrudescence aux épisodes menstruels .

Mise à part la douleur , on constate parfois un ballonnement abdominal passager , des troubles digestifs (diarrhées profuses , nausées , vomissements) (Roux et Doubrow) .

Classiquement , on peut retrouver une symptomatologie vésicale (dysurie , pollakiurie) ou rectale (rectalgies) mais il ne nous a pas été donné de rencontrer ces formes .

Quant au molimen menstruel , il est représenté essentiellement par les seins gonflés et douloureux avant les règles - élément de la série "hyperfolliculinie " .

Ces différents caractères séméiologiques n'étant pas toujours parfaitement décrits par les malades , il faudra s'attacher à les mettre en relief par un interrogatoire minutieux , et éliminer les autres causes de dysménorrhée qui sont multiples , mais surtout :

I° - Sténose isthmique et hyperantéflexion congénitales : les douleurs cessent dès l'écoulement de sang menstruel .

2° - Ovarite scléro-kystique : syndrome pré-menstruel se prolongeant dans la période menstruelle avec souvent des irrégularités des règles (que nous n'avons pas observé au cours de l'endométriose) ?

3° - Annexites : crises post-menstruelles , présence de lésions cervicales .

Ainsi , la clinique peut-elle être déjà bien orientée (Dôuay) et l'action antagoniste calmante de l'hormone mâle viendra confirmer cette probabilité d'endométriose . Toutefois , l'échec de cette épreuve (OBS.3.-Mme MOL...) ne saurait suffire à écarter ce diagnostic .

---oOo---

LES DYSMENORRHEES

SUR 22 CAS		%
I.		
D. PRIIMAIRE	+++++++	35%
D. SECONDAIRE	+++++	65%
II.		
a) Maximum prémenstruel	+	
b) Maximum au 1er jour	+++++	75%
c) Identique jusqu'à la fin des R.	++	
III.		
Très intense	(depuis la puberté après la 20° année après la 30° année	+++++ +++++ ++++
IV.		
Progressivement aggravée	+++++	
V.		
Irradiations ascendantes (lombes)	+++	
Irradiations descendantes (cuisses)	++	
VI.		
Persistance de douleurs entre les R.	+++	
VII.		
Seins gonflés et douloureux	+++++	
VIII.		
Syndrome intermenstruel	+++	

ENDOMETRIOSE ET DYSPAREUNIE

La dyspareunie n'est pas un signe caractéristique , cependant elle a été signalée à plusieurs reprises dans des observations d'endométriose péritonéale , des ligaments utéro-sacrés .

- OBS . I6 . - Mme JEN... - 34 ans -

- Dyspareunie , douleur profonde ,
surtout avant et après les règles ,
d'abord irrégulière , plus fréquente depuis 3 mois .
- Antécédents :
I accouchement en 1943
- Menstruation :
28 j. / 7 à 8 j.
Plus abondantes les 2 premiers jours , depuis 3 mois .
- Examen gynécologique :
Col sain ,
Corps en avant bourré de petits myomes
Hystérométrie : 7,5 cms
On sent l'ovaire D.
- Traitement ;
Sterandryl 25 mg x 3 / mois

C.R.O. (Dr Robert)

Médiane
3 myomes antérieurs et 2 postérieurs
2 ovaires scléro-kystiques
Endométriose du Ligament utéro-sacré
Exérèse
Péritonisation . Pestalozza .

C.R. Histologique : (Pr Agr. de Brux)

Image typique d'endométriose du Ligament utéro-sacré .

- OBS. I7 . - Mme TOU... - 43 ans - vue le 19.9.53

- depuis 6 mois :
Hyperménorrhée : 26 - 27 j. , régulières ,
mais abondantes , avec caillots .

- Dyspareunie

En Mai 1953 , diagnostic de fibrome .

- Antécédents:

En 1946 : ablation de l'ovaire et de la trompe D. pour G.E.U.

Règles 23-25 j. / 5 j., pas de douleurs.

- T.V. :

Corps utérin de volume normal ,
en antéversion , bien mobile .

Dans le Douglas , une petite masse .

Intervention décidée pour fibrome .

C.R.O. (Dr Robert) :

Utérus presque normal

Annexes très adhérentes . Manquent les annexes D.

Hystérectomie subtotale

Paroi nylon.

C.R. Histologique :(Pr Agr. de Brux)

Endométriose sur un fragment de péritoine prélevé .

LA DYS-PAREUNIE DE L'ENDOMETRIOSE

L'interrogatoire devra faire préciser qu'il s'agit bien de dyspareunie profonde , variété qui correspond toujours à une lésion organique .

Il faut la distinguer des dyspareunies secondaires à une lésion chronique douloureuse du pelvis : annexite, pelvipéritonite, cellulite pelvienne . On se basera sur la recrudescence des douleurs provoquées par les rapports avant et après les menstruations .

Elle est signalée surtout dans les localisations basses : à la cloison recto-vaginale, au niveau du Douglas et des ligaments péritonéaux et utéro-sacrés. Il s'y ajoute parfois un certain degré de vaginisme .

CHAPITRE IV

ENDOMETRIOSE ET STERILITE

-----oOo-----

L'Endométriose a été diagnostiquée chez de nombreuses malades consultant pour Stérilité Primaire ou Secondaire . Très fréquemment , la dysménorrhée associée permettait déjà d'envisager cette affection et l'intervention a confirmé le diagnostic . La coelioscopie a été également un précieux moyen d'investigation gynécologique dans certains cas d'endométriose ovarienne .

- OBS . 18 . - Mme de SAL... - 30 ans -

- Stérilité I depuis 5 ans
- Dysménorrhée des 1° et 2° j. , diffuse ,
avec seins douloureux .

Menstruation :

27 j. / 4 j.

Pas de dyspareunie

Des insufflations avaient déjà montré une oblitération bilatérale.

- Examen gynécologique :

Col normal

Glaire filante (nombreux spermatozoïdes mobiles).

Corps Antéfléchi.

- Les insufflations faites à deux reprises, au 12° et au 9° j. du cycle ont montré, après oblitération spasmodique, un passage oscillant avec douleur scapulaire.
- L'Hystérosalpingographie révèle une oblitération bilatérale aux cornes.

Intervention décidée.



OBS . I9 . Mne DEG... - COELIOSCOPIE TRANSPARIETALE

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Des deux côtés : kystes goudrons des ovaires se rompant au décollement du ligament large.

Résection cunéiforme des ovaires .

Résection de la moitié interne des trompes et implantation ampullo-utérine bilatérale.

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

1° - Sur une trompe : une zone où l'on trouve encore un fragment utérin avec un endomètre indifférent , un chorion scléreux .

- Un des ovaires montre la présence de kystes lutéiniques et folliculaires , l'un d'eux est hémorragique .

2° - L'autre trompe : 2 formations endométriales .

- Ovaire : nombreux et volumineux kystes folliculiniques et un kyste lutéinique .

Conclusion : Endométriose tubaire et ovarite kystique . Absence d'endométriose ovarienne .

L'obturation tubaire à l'H.S.G. semble bien en rapport avec une endométriose bilatérale de la partie interne des trompes .

Néanmoins , il existe un passage à l'insufflation utéro-tubaire : il s'agit de sténose avec élément spasmodique .

- OBS . I9 . - Mme DEG... - 39 ans -

- Stérilité I depuis 3 ans

- Dysménorrhée G. depuis 1 mois .

- Menstruation :

26 j. / 4 à 5 j.

- I.U.T. :

obturation

- Coelioscopie (IO.IO.45) :

Nodule de la corne G.

Foyer d'endométriose du mésosalpinx G.

Nodule de la corne D.

C.R.O. (Dr Palmer) :

Petit foyer d'Endométriose sur le ligament utéro-sacré G.

Foyer moyen de la partie interne du mésosalpinx G.

Nodules des cornes

Corps jaune récent à G.

Résection du foyer inférieur

Résection des 2 cornes avec la partie interne des trompes et du mésosalpinx .

Ouverture large du fond utérin

Implantation ampullo-utérine bilatérale

Péritonisation de Pestalozza .

C.R. Histologique :

Endométriose très probable , avec dilatation kystique de certains éléments .

- La malade a été revue 10 ans plus tard :

Il n'y a pas de récurrence ; à l'insufflation les trompes sont perméables .

Cependant : pas de grossesse .

- OBS . 20 . - Mme THO... - 27 ans -

- Stérilité I traitée depuis I A I/2

- Dysménorrhée rebelle

- Menstruation :

31 j.

- H.S.G. :

obturation tubaire G. ,

avec dilatation importante de la trompe G. et petites images lacunaires .

- Depuis 3 mois ; masse annexielle devenue volumineuse .

Courbe de température diphasique normale .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Libération d'adhérences péri-ovariennes , ouverture de poches à contenu sépia .

1° - A D. : volumineux ovaire dont on résèque les 4/5 /

2° - A G. : nodule de la corne .

Résection de la portion isthmo-interstitielle et réimplantation ampullo-utérine .

Résection partielle de l'ovaire .

3° - Résection du nerf pré-sacré .

4° - Résection d'un nodule à la base du ligament rond D.

5° - Vésico-fixation .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux)

Sur un fragment prélevé à la partie interne de la trompe , on note en dehors des musculueuses la présence d'une endométriose typique .

Mais c'est au niveau du ligament utéro-sacré qu'apparaissent les plus belles images d'endométriose réalisant un véritable endomètre en miniature .

L'ovaire est absolument vacuolisé par des kystes folliculaires d'âges divers . Présence de corps jaunes scléreux mais aucune image d'endométriose n'a été mise en évidence sur cet organe .

Il est fréquent de rencontrer au niveau des ligaments utéro-sacrés , comme au niveau du Douglas , des images très caractéristiques réalisant presque des utérus en miniature .

- OBS . 21 . - Mme FRI... - 23 ans -

- Stérilité I depuis I an .
- Dysménorrhée I à prédominance G.
douleurs pelviennes irradiant aux lombes dans la décade précédant les règles , avec exacerbation le Ier jour de celles-ci , li-pothymies , diarrhée profuse .
- Vaginisme , dyspareunie .
- Antécédents :
Opération pour lithiase rénale à 20 A.
- Menstruation :
27-28 j. / 3 à 4 j.
- Examen gynécologique au II° jour :
Paramètre G. douloureux
Mobilisation utérine douloureuse .

Traitement :
Gynoplix
Courbe thermique .

- La malade revient I an plus tard .
on lui a fait de la diathermie qui a été sans résultat .
A l'examen :
Col sec , exocervicite .
Utérus gros et mou .
Annexite G. avec rétraction du paramètre .
- Traitement :
Pénicilline , propidon .

Mais , les douleurs persistent ; l'intervention est conseillée .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

- Endométriose ovarienne G.
Résection atypique de l'ovaire G.
- Sténose de la partie interne de la trompe G.
Implantation tubo-utérine .
- Désagglutination des franges du pavillon D.
- Ovaire D. normal
- Ablation des noyaux d'endométriose situés au niveau des 2 ligaments utéro-sacrés .
- Pré-sacré .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Ovaire avec zone suppurée hémorragique

Trompe d'aspect relativement normal

Ligament utéro sacré : cavité recouverte par un épithélium cylindrique - rares cellules ciliées - le chorion sous-jacent a des cellules cylindriques légèrement hémorragiques .

En conclusion : possibilité d'endométriose .

- OBS . 22 . - Mme CHA... - 27 ans -

- Stérilité I depuis I A I/2

- Dysménorrhée

quelques douleurs pré-menstruelles
et douleurs le 1er jour des règles .

- Pas de dyspareunie

- Antécédents :

Aménorrhée de 3 M. en 1939

Primo-infection en 1944

- Menstruation :

28 - 35 j. / 5 j. , abondance variable .

- Examen gynécologique :

Glaire filante (présence de spz. mobiles)

La courbe de température est diphasique.

- I.U.T. :

Courbe oscillante normale .

- Coelioscopie :

Endométriose du mésosalpinx .

C.R.O. (Dr Robert) :

Les annexes présentent des adhérences rétro-utérines .

Résection partielle des ovaires avec kystes marc de café et adhérences .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

Les 2 ovaires ont montré à côté de formations folliculaires et lutéales normales, des formations de type glandulaire, revêtues d'un épithélium cylindrique haut avec parfois des épines conjonctives. Elles sont entourées d'une bordure assez large de chorion cytogène réalisant l'aspect d'endométriome.

Certaines de ces formations sont kystiques et remplies de sang.

On note également la présence de formations kystiques avec à l'intérieur des proliférations papillaires à chorion dense et scléreux, réalisant l'aspect décrit sous le nom de fibro-adénome séreux dont la pathogénie et la signification sont mal connues.

Il n'y a aucune image de prolifération épithéliale maligne.

Conclusion :

Endométriose ovarienne.

Il est de règle de trouver à l'intervention des lésions d'endométriose plus étendues qu'il n'avait semblé à la coelioscopie, les adhérences masquant fréquemment une partie des foyers (Palmer)

- OBS. 23 . - Mme FIN... - 26 ans -

- Stérilité I depuis 4 ans
- Dysménorrhée le 1^o jour
seins gonflés 2 j. avant les règles .
- Pas de dyspareunie .
- Antécédents :
Métrite il y a 2 ans
- Menstruation :
27 j. / 6 j.
- Examen gynécologique :
Vulve , vagin , normaux .
Col : orifice petit
Corps : rétroversion fixée .
- I.U.T. :
Passage atypique
Douleur scapulaire tardive .
- Sperme du mari normal
spz. dans la glaire cervicale .
- H.S.G. :
diffusion incomplète .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Libération de quelques adhérences rétro-utérines .

Ovaires et trompes sont normaux .

Les ligaments ronds sont grêles , inutilisables .

Il y a un foyer d'endométriase à l'insertion utérine du ligament utéro-sacré G.

1° - Vésico-fixation de Werth

2° - Résection du foyer d'endométriase du ligament utéro-sacré G.

3° - Oblitération du Douglas par 3 demi-bourses au catgut n° I .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux)

Le fragment de ligament utéro-sacré présente 5 noyaux typiques d'Endométriome volumineux avec une bande de chorion cytogène caractéristique .

Cette intervention a été suivie de gèstation dans les mois qui ont suivi .

- OBS . 24 . - Mme MAR... - 32 ans -

- Stérilité II depuis 2 ans

- Examen gynécologique :
au T.V. : Masses annexielles Bilatérales .

- Coelioscopie

Sur une adhérence unissant l'utérus à l'épiploon , on voit une dizaine de petits points noirs : foyer d'endométriase qui a l'air d'intéresser l'ovaire D. et le cul-de-sac de Douglas .

- A G. : R.A.S.

- A.D. : Ovaire très gros ; toute une partie est rougeâtre : corps jaune ?
ou probablement extension de l'endométriase.

- En résumé :

Endométriase du pôle interne de l'ovaire D.
et du cul-de-sac de Douglas .

- Hydrosalpinx G.

Perméabilité tubaire D.

C.R.O. (Dr Palmer) :

Deux grosses masses annexielles fixées à la paroi pelvienne ; quand on les décolle , on tombe sur des kystes goudronneux multiples .

54 bis



OBS . 24 . Mme MAR... - COELIOSCOPIE TRANSPARIETALE

A G. : l'ovaire est entièrement envahi :
castration .

A D. : trompe saine ;
l'ovaire est en partie sain ;
résection des 2/3 de l'ovaire .

- OBS . 25 . - Mme MAN... - 33 ans - vue en Nov.51

- Stérilité I depuis 4 A.
- Dysménorrhée jusqu'à l'annexectomie
avec seins gonflés et douloureux
- Absence de dyspareunie .

- Antécédents :
début 51 , un an auparavant , opérée d'urgence (Dr Robert , Hopital L.Bellan) pour syndrome d'hémorragie intra-péritonéale , avec diagnostic probable de G.E.U. , mais l'intervention permit de découvrir une rupture de kyste goudronneux ovarien et des kystes hématiques du péritoine pelvien .

Le diagnostic histologique a révélé :
une endométriose tubo-ovarienne avec hémopéritoine (Dr Duperrat)

Salpingectomie et ovariectomie D.

- En Aout 51 , ablation de polypes .
- Menstruation :
21 à 24 j. / 4 à 5 j. , peu abondantes .

Le 7.II.51 :

- Examen gynécologique :
normal .

En 1952 :

- I.U.T. :
passage bilatéral (auscultation meilleure à G.)

Le 17.I2.52 :

Revient pour douleurs abdominales , leucorrhée .
Cervicite
Utérus en position intermédiaire .

Traitement :
Roquessine pour vaginite à trichomonas .

Le 21.4.53 :

Présente des crises abdominales avec nausées
- T.V. :
Masse douloureuse à D.
Hospitalisation , traitement médical :
antibiotiques .

Le 23.II.53 :

Métrorragies abondantes , spontanées, rebelles
au traitement : Ethinyl-Oestradiol + Post-hypo-
physe .

- H.S.G. :

La trompe G. s'injecte bien .

Etat dysplasique du col .

Le 1.I2.53 :

- Curettage biopsique après dilatation :
nombreux débris d'endomètre .

- Histologie :

Polype intra-utérin muqueux banal

muqueuse utérine en état folliculinique .

Cette observation est caractéristique des
formes de rupture qui se voient au cours des loca-
lisations annexielles , simulant les ruptures de
G.E.U. ou de K.O.

Il existe d'ailleurs des formes où l'endomé-
triose tubaire étendue détermine un important héma-
tosalpinx .

C'est électivement la localisation ovarienne
qui détermine des phénomènes intenses et brutaux qui
nécessitent l'intervention d'urgence .

Notons également qu'un an après l'annexec -
tomie pour rupture de kyste hématique , l'insuffla-
tion a révélé un passage bilatéral malgré l'exis -
tence d'endométriose dans les antécédents .

Toutefois , il n'a pas été signalé de grossesse

- OBS. 26 - Mme NEE... - 34 ans -

- Stérilité II de 5 ans
à la suite d'une F.C. de 3 mois , quelques
mois après le mariage .
- Absence de dysménorrhée
- Antécédents :
Il y a 5 ans , F.C. spontanée , curettée
le 2° jour , avec complications infectieu-
ses , traitées par propidon .
2 mois après , douleurs pelviennes avec
leucorrhée (Diathermie) .
- Menstruation :
Réglée à 14 A.
30 j. / 2 j. 1/2
- Examen gynécologique :
Col sain
Corps antéfléchi
- Biopsie d'Endomètre au 25° j. :
Etat folliculino-lutéinique typique .
- H.S.G. :
Hydrosalpinx bilatéral , avec passage d'
une quantité plus grande à G. qu'à D.

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel
A D. : Salpingolysis
A G. : petit hydrosalpinx : salpingolysis
du pavillon avec éversion par 3 nylons et ré-
section de la partie isthmo-interstitielle
avec réimplantation par le procédé habituel .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Fragment de trompe ayant un aspect de mu-
queuse utérine avec présence de glycogène
dans la trompe :
Endométriose tubaire .

- OBS. 27 . - Mme PAR... - 36 ans -

- Stérilité de 9 A. secondaire à une F.C.

C.R.O. (Dr Palmer) :

A D. : Grosses adhérences péri-ovariennes.
Gros nodule de la trompe
Hydrosalpinx
Annexectomie D.

A G. : adhérences moins fortes .
ovaire normal
petit hydrosalpinx
nodule de la corne
Salpingostomie termino-latérale à la
Pollosson .

Résection de la partie interne et
implantation ampullo-utérine dans le tunnel
de la corne .

Péritonisation-fixation avec le péritoine
vésical .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

Les 2 formations sont d'aspect identique ,
piriforme , de consistance dure , prélevées à
la partie interne des trompes , elles ont his -
tologiquement les mêmes caractères .

Il existe une énorme hyperplasie léiomyo -
mateuse des muscles tubaires .

Au milieu , on met en évidence de tous cô -
tés et jusqu'au contact de la séreuse des for -
mations de même type , de tailles diverses , rap -
pelant des formations glandulaires endométria -
les .

Certaines sont entourées d'un chorion cyto -
gène typique . Dans la lumière de ces formations
on trouve des G.R. et des débris cellulaires .

C'est l'aspect caractéristique d'une endo -
métriose tubaire .

Le prélèvement fait sur l'ovaire D. a mon -
tré une image typique de formations kystiques
à parois scléreuses bordées par un épithélium
aplati qui n'est que l'exagération d'un proces -
sus plegnologique du kyste dit folliculaire .

Le prélèvement fait sur la trompe en dehors
de la zone d'endométriose est parfaitement nor -
mal .

Au niveau de la corne : myomètre } normaux
endomètre }

Pas d'endométriose ovarienne .

- OBS . 28 - Mme DOR... - 29 ans - vue le 10.7.53

- Stérilité II depuis 3 ans après F.C.

- Dysménorrhée

douleurs le 1er jour ,
céphalées , nausées , les 3j. précédant les
règles .

- Dyspareunie , parfois , à prédominance G.
depuis 2 mois .

- Antécédents :

F.C. , il y a 3 ans de 2 M I/2

suivie de curettage

Aménorrhée de 10 M. en 1944, il y a 9 A.
pendant la déportation .

Electrocoagulation en 1952 .

Diathermie

- Examen gynécologique :

Vulve , vagin , normaux .

Glaire filante, abondante (qq. spz. mobiles)

Corps utérin dans l'axe .

- I.U.T. :

Obturation tubaire interne bilatérale .

- H.S.G. :

Oblitération des 2 cornes .

C.R.O. (17.9.53 : Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Ovaires et trompes libres

Nodules des cornes

Implantation isthmo-utérine bilatérale ,
avec fente du bord supérieur de l'isthme
sur 5 mm.

Appendicectomie .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

Il est impossible , sauf sur un des pré-
lèvements des 2 trompes de reconnaître avec
exactitude la véritable orifice tubaire .

En effet , ces 2 organes sont formés par
une véritable myomatose .

Au centre de chaque tourbillon musculaire ,
on rencontre des formations épithéliakies arron-
dies ou ovalaires de tailles diverses , le plus
souvent entourées par du chorion cytogène .

Sur une des préparations même, on est en
présence d'un véritable utérus en miniature a-
vec des tubes multiples au milieu d'un chorion
cytogène très organisé .

C'est l'aspect d'une salpingite isthmique
noueuse liée ici à une endométriose et non à un
processus inflammatoire .

L'histoire fort intéressante de cette malade nous montre que la stérilité succédant à une F.C. suivie de curetage n'est pas seulement imputable à une lésion annexielle inflammatoire , mais bien à une endométriose tubaire responsable de l'obturation révélée à la fois par l'H.S.G. , l'I.U.T. et l'examen histologique .

- OBS . 29 . - Mme MET... - 28 ans -

- Stérilité de 4 ans , secondaire à une F.C. provoquée de 3 mois .

- Antécédents :

Cures thermales

Diathermie pour stérilité

7 I.U.T.)

I H.S.G.)

montrent oblitération interne .

- Menstruation :

28 j. / 3 j.

- Examen gynécologique :

Col très en arrière

Annexe normale à D.

Cul-de-sac G. rétréci .

- H.S.G. :

Obturation aux cornes , bilatérale .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Les 2 trompes sont libres

Pavillons normaux

L'air s'arrête à 2 cms de la corne.

Résection de la partie interne et réimplantation ampullo-utérine bilatérale du bout tubaire .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

Partie isthmo-interstitielle des 2 trompes :

Les différents prélèvements faits sur l'une des trompes ont montré une totale oblitération de la partie interstitielle de la lumière de la trompe .

En effet , on constate que la lumière à ce niveau est complètement oblitérée par une prolifération massive de fibres musculaires lisses dont le point de départ se situe au niveau des couches musculueuses circulaires de cette trompe .

On rencontre , d'ailleurs , entre ces fibres hyperplasiques une prolifération cellulaire sous forme d'ilôts plus ou moins dispersés .

Plus loin , la trompe reprend un aspect normal .

L'autre trompe offre l'image d'un canalicule étroit revêtu d'un épithélium cylindrique tubaire typique et entouré par d'importants faisceaux de fibres musculaires lisses .

Mais on note sur ces fragments , l'existence typique de volumineux endométrïomes de là trompe à l'extérieur des couches musculaires de l'organe .

- OBS. 30 . - Mme de BEL... - 35 ans - vue le 20.5.53

- Stérilité II depuis Nov. 49

après un accouchement avant terme (8 mois)
enfant décédé à 1 mois d'ictère .

- Antécédents :

Traitement de 1946 à 1949 pour stérilité I
(I.U.T. , cure hydrominérale)
Gestation en 1949 .

- Investigations gynécologiques :

I.U.T. normale avec douleur scapulaire
Biopsie d'endomètre normale .

- Coelioscopie le 5.I.53

Traînées rougeâtres sur l'ovaire G. entouré d'adhérences ,
Gros point noir sur l'ovaire D.
Endométrïose probable .

C.R.O. (Dr Palmer) le 9.II.53

Exploration :

1°- Utérus de taille normale . Son bord supérieur et sa face postérieure sont recouverts par des formations vélamenteuses avec vésicules gélatiniformes .

Mais il n'y a pas d'adhérences dans le Douglas .

2°- Annexes D. :

La trompe présente un hydrosalpinx dont la partie ampullaïre est de la taille d'une grosse noix et adhère au pôle externe de l'ovaire.

Celui-ci de taille normale présente 2 foyers d'endométriose de la taille d'un pois .

3°- Du côté G. :

L'ovaire de la taille d'une grosse prune adhère à la face postérieure du ligament large, à la trompe dont le pavillon libre est situé dans le Douglas .

Résection du Kyste hématique de l'ovaire G. et d'un fragment de l'ovaire .

Résection de la partie externe de la trompe D.

Opération de Pestalozza .

C.R. Histologique :

Un fragment d'ovaire présente une cavité kystique contenant du sang et des cellules pigmentaires .

L'épithélium de cette cavité est cubique ; à sa périphérie , il y a quelques traces de chorion cytogène .

Conclusion : Endométriose ovarienné .

- OBS . 3I . - Mme SCH... - 4I ans -

- Stérilité II depuis I4 ans .

- Antécédents :

En I937 : F.C. spontanée de 6 semaines.
Puberté à I7 ans .

- Menstruation :

27 j. / I j. , peu abondantes .

- Examen gynécologique :

Col sain

Corps hyperantéfléchi , fibromateux .

Annexes non perçues .

- Biopsie d'endomètre :

Etat folliculinique .

- H.S.G. à la diodone :

Gros utérus médian extrêmement irrégulier , avec image à bords grignotés du bord D. , surtout et de la corne D.

Oblitération des trompes .

C.R.O. (Pr Fundk-Brentano) :

Médiane sus-pubiène .

Libération des annexes adhérentes .

Les trompes semblent perméables .

I°- Myomectomie facile d'un fibrome postéro-supérieur de la dimension d'une grosse noix .

2°- La perception que l'on a d'une grosse induration pariétale du corps utérin incite à pratiquer l'ablation d'un tissu fibromateux malgré les difficultés rencontrées .

La masse tissulaire ainsi prélevée est adressée au labo pour examen extemporané . Réponse : Endométriose typique .

Adénomyose avec fibrome .

L'absence de plan de clivage rend toujours difficile l'ablation de ce tissu adénomyosique , lorsque l'on veut tenter une excision à la demande du tissu malade , l'hyperplasie musculaire n'étant pas circonscrite comme dans le myome .

Lorsqu'elle est limitée au fond utérin , il est possible de pratiquer l'hystérectomie fundique .

CONCLUSIONS SUR L'ASSOCIATION STERILITE-ENDOMETRIOSE

I° - ENDOMETRIOSE COMME CONSEQUENCE DE LA STERILITE

Selon Meigs , il s'agit de femmes mariées tardivement ou ayant eu des grossesses très longtemps après leur mariage . On pourrait incriminer le "birth control" qui serait à l'origine de cette affection atteignant tardivement des femmes n'ayant pas désiré de grossesses .

D'après nos observations , il s'agit dans un tiers des cas d'une stérilité primaire atteignant des femmes jeunes (22 à 26 ans) .

Dans 2 cas la dysménorrhée précédait la stérilité de façon évidente .

2° - ENDOMETRIOSE COMME CAUSE DE LA STERILITE

A/ - Dans la série des 5 premières observations, le tableau est identique :

- Stérilité I
- Dysménorrhée marquée
- Endométriose tubo-ovarienne ,

chez des malades relativement jeunes , présentant des cycles réguliers , sans passé gynécologique , sans lésions associées .

Ainsi , il n'a pu être mis en évidence d'autres causes possibles de stérilité , en dehors de l'endométriose .

Mais cette affection n'intervient-elle que par la création d'un obstacle mécanique à la migration de l'ovocyte ou bien est-elle témoin d'un désordre endocrinien de nature indéterminée qui associerait la stérilité ?

Allen pense qu'il s'agit de déséquilibre glandulaire et invoque le faible taux de grossesses après traitement conservateur .

Philipp et Huber supposent que l'endométriose tubaire entraîne une stérilité par obturation . On peut en rapprocher l'hypothèse des grossesses tu -

baires par nidation dans un tissu endométrial ectopique ?

Suivant certains auteurs , la localisation tubaire se manifeste à partir du jour où un oeuf fécondé vient se greffer sur cette muqueuse de la trompe et donner lieu à une grossesse extra-utérine.

Sur l'ensemble de nos observations d'endométriose , il n'y a eu que deux cas où l'on observait une grossesse extra-utérine dans les antécédents (- Mme TOU - OBS. 15. : endométriose péritonéale ; Mme CHAN - OBS. 70. : endométriose tubaire probable) .

Pour d'autres auteurs (Huffman) , chaque grossesse entraîne un essaimage de foyers , et il s'ensuit une stérilité secondaire .

B/ - Dans la seconde série d'observations , il a été mis en évidence l'association d'une salpingite chronique , d'un hydrosalpinx , d'un fibrome . Ailleurs , on retrouve des antécédents de fausses couches . Ces dernières sont des plus fréquemment invoquées à l'origine de l'endométriose . Dans pareil cas , il est évident que des avortements provoqués aient pu déterminer en même temps des lésions génératrices de stérilité .

Observations :

(- OBS . 27 . - Mme PAR... : Stérilité II
à I F.C. , mais :

Endométriose + hydrosalpinx

- OBS . 28 . - Mme DOR... : Endométriose
tubaire ; F/C. curettée sui-
vie de Stérilité

- OBS . 29 . - Mme MET... : Endométriose
tubaire ; F.C. curettée sui-
vie de Stérilité + Myomatose
tubaire.)

S'il est impossible de donner une réponse au problème de cette stérilité , retenons qu'elle est d'une extrême fréquence et parfois malgré un passage bilatéral à l'insufflation utéro-tubaire .

La Stérilité paraît liée , en ce qui concerne l'Endométriose ovarienne , à la participation du pavillon au processus adhérentiel péri-ovarien .

Pour F.A. Simmons , 90,2 % des femmes atteintes d'endométriose seraient stériles .

Parmi nos 20 observations d'endométriose tubo-ovarienne , deux femmes seulement ont eu des enfants , l'une 3 accouchements (- OBS. 32 . Mme MIC...) l'autre 1 accouchement et 2 F.C. (- OBS. II . - Mme CHAU...) .

F.A. Simmons de Boston préconise le traitement de cette stérilité due à l'endométriose par la méthyltestostérone par voie sublinguale : 5 mg par jour pendant 100 jours . Le Dr Creadick de l'Université de Duke aurait ainsi obtenu 1 grossesse chez 5 malades sur un groupe de 25 cas confirmés .

Faut-il intervenir chirurgicalement pour traiter cette stérilité ?

L'implantation ampullo-utérine est pratiquée dans les localisations interstitielles mais les récurrences post-opératoires ne sont pas rares .

L'endométriose ovarienne isolée peut être traitée par la chirurgie conservatrice mais la formation d'adhérences tubaires ne laisse plus de ressources chirurgicales au traitement de la stérilité .

Les résultats paraissent variables suivant les auteurs . Pour Meigs être très prudent avant de poser une indication opératoire . A l'opposé , Huffman se montre très optimiste en comptant 49 % de succès .

Voici la répartition topographique de nos observations d'endométriose + stérilité :

- Endométriose tubaire isolée	6 cas
- Endométriose ovarienne	4 cas
- E. du ligament utéro-sacré	3 cas
- E. péritonéale par rupture de kyste	I cas
- Endométriose utérine	I cas

---oOo---

CHAPTER V

ENDOMETRIOSE ET MENO-METRORRAGIES

— 〇〇 —

" Les Méno-métrorragies sont l'expression fonctionnelle de l'endométriose chez de nombreuses malades, la cause même étant dans les lésions associées, myome et hyperplasie de l'endomètre "(Brocq et Varangot) .

Roux et Doubrow individualisent parmi les endométrioses utérines une forme avec ménorragies à type de fibrome utérin .

Chez les malades dont les observations sont rapportées ci-après , elles furent une découverte opératoire ou histologique , alors que la clinique faisait supposer un fibrome utérin isolé .

- OBS. 32 . - Mme MIC... -

- Métrorragies irrégulières depuis I an .
- Douleurs pelviennes à irradiations lombaires et vers le membre inférieur D.
- Cycles irréguliers
- Asthénie , amaigrissement .
- Antécédents :
 - 3 accouchements : en 33 , difficile ,
en 34 et 38 , normaux .
 - Appendicectomie en 1942
 - Electrocoagulation d'un papillome anal en 51.
 - Caverne tuberculeuse pulmonaire à G. (pneu -
mothorax)
 - Salpingite en Nov. 51

- Menstruation :
26 j. / 5 j.
Pollakiurie .
- Examen gynécologique :
Col : ulcération péri-orificielle
Corps petit , antéversé , mobile , irrégulier .
Annexe D. prolabée dans le Douglas .
Curettage conseillé , puis
Testoviron-Progestérone .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :

Hystérectomie subtotale
avec conservation des annexes G.
Médiane sus-pubienne .
Utérus gros , irrégulier , tacheté .
A D. : kyste ovarien.
Cervicopexie .

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

1°- Ovaire :
kyste folliculaire ancien ,
et multiples endométrïomes répartis à travers
l'organe .

2)- Muqueuse utérine avec dilatation kystique
de quelques glandes utérines .
Il y a un très léger degré d'endométriïose de
la paroi musculaire interne .

- OBS . 33 . - Mme PET... - 47 ans -

- Malade opérée
d'épithélioma dendritique du sein .

- Hyperménorrhée depuis 2 ans .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :

Fibrome adhérent
Hystérectomie .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Myomètre avec foyers d'endométriïose .
Petits fibromyomes banaux .
Ovaire scléreux .

- OBS. 34 . - Mme MAG... - 45 ans -

- Règles irrégulières depuis 2 ans .
Cycles de 15 à 30 j. / 4 j.
- Parfois ménorragies
- Examen gynécologique :
Corps un peu gros

C.R.O. (6.6.53) :

Hystérectomie subtotale avec conservation
des annexes .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Endomètre légèrement fibrosé avec un foyer d'
endométriose .

- OBS . 35 . - Mme BOU... - 33 ans - Vue en Août 52 .

- Métrorragies très abondantes , franchement rouges , environ 2 fois par mois , depuis un accouchement en 1950 .
- Douleurs abdominales G.
depuis le même accouchement .
- Antécédents :
2 accouchements
Pelvi-péritonite en 1946 .
- Examen gynécologique :
Gros col métritique et cicatriciel
Glaire claire
Iugol tigré

T.V.:

Gros utérus, peu mobile, fixé en avant, et
remontant à 3 travers de doigt de l'ombilic.

C.R.O. (23.8.52)

Hystérectomie totale avec conservation des
annexes .

Gros utérus lourd et violacé

Inflammation diffuse du péritoine pelvien .

C.R. Histologique : (Dr Moricard)

Les tubes glandulaires pénètrent très profondément dans le myomètre, mais on peut conclure à une zone d'Endométriose nette, cependant très vraisemblable .

Le 24.6.53 (10 mois plus tard) (Dr Robert) :

Nodules multiples douloureux disséminés sur
la cicatrice vaginale qui est souple .

Douleurs dans le cul-de-sac G. avec probabilité d'évolution de l'Endométriose .

- Traitement :

Sténandiol .

- OBS . 36 . - Mme LEV... - 43 ans -

- Méno-métrorragies

- Antécédents :

Salpingectomie .

- Examen gynécologique :

Induration de la corne D.

C.R.O. (Dr Mintz)

Hystérectomie totale , avec

Ovariectomie D.

C.R. Histologique (Pr Agr. de Brux) :

1° - Andocervicite chronique .

2° - Au niveau des fragments du corps utérin :
un léiomyofibrome typique avec présence de multiples endométrïomes de taille diverse, entourés par du chorion cytogène et réalisant l'image caractéristique des adénomyoses des Anglo-Saxons .

3° - Les fragments de trompe ,
montrent l'aspect d'une salpingite chronique .

4° - L'ovaire montre de gros endométrïomes au niveau de la corticalité .

Remarquons :

- Dans les premières observations :

métrorragies liées à une endométrïose de la
paroi utérine .

A la laparotomie :

utérus gros, lourd, "tacheté" ou violacé :

- Dans l'observation 35 - Mme LEV...

une forme de léiomyofibrome associé à une adénomyose d'une part et à une localisation ovarienne d'autre part .

Après l'intervention, la malade a présenté une ascite et des troubles de l'état général qui avaient orienté vers un diagnostic de cancer digestif et fait

réviser les coupes dans la crainte d'une métastase ovarienne .

Il s'est avéré que cette suspicion n'ayant pu être prouvée, le diagnostic d'endométriose testait probable .

- OBS . 37 . - Mme BEN... - 33 ans - Vue en Fév.53

- Ménorragies depuis 5 mois
(règles prolongées 12 j.)

- Antécédents :
F.C. en 1944
Métrite en 1946
Puberté à 12 ans .

- Menstruation :
30 - 32 j. / 6 j.
non douloureuses ,
Gonflement mammaire 8 j. précédant les R.
depuis 2 ans ,
Pertes blanches depuis Octobre .

- Examen Gynécologique :
Masse rétro-utérine fixée .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Pfannenstiel

Utérus un peu gros

Gros ovaires kystiques adhérents, dont le décollement laisse couler un liquide chocolat

Hystérectomie partielle supra-isthmique

Annexectomie G.

Salpingectomie D.

Résection subtotale de l'ovaire D.

Résection d'une partie du péritoine vésical
avec 2 nodules sous-péritonéaux.

Résection d'un nodule à l'implantation utéri-
ne du ligament utéro-sacré D.

C.R. Histologique :

Endométriose .

- OBS. 38 . - Mme VER ... - 30 ans -

- Douleurs pelviennes
 - Métrorragies rebelles
- } depuis 6 mois .
au traitement anti-infectieux
et au Syterandryl

- Antécédents :
Castration D.

C.R.O. :

Médiane sus-pubienne, avec résection de l'ancienne cicatrice w
A l'ouverture , petit épanchement hématique .
Les lésions d'endométriose sont évidentes et même diffuses .
Endométriose tubaire G.
Endométriose du Douglas
Endométriose du Ligament rond
Endométriose rectale .
On se décide à une opération radicale
Hystérectomie totale avec ablation de l'ovaire Gauche .

C.R. Histologique :

Il ne s'agit pas d'endométriose tubaire , mais de grossesse extra-utérine .

- OBS . 39 . - Mme DEM... - 47 ans - Vue en Déc.53

- Méno-métrorragies
bien réglée jusque là : 28 j. / 8 à 10 j.
- Antécédents :
Aménorrhée de 9 mois en 1951
I accouchement en 1927 , normal .
Actuellement , perd continuellement depuis le 10.10.53 (2 mois)

- A l'examen :
Utérus dévié à G., un peu gros, mou
Culs-de-sac libres , souples .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :
Hystérectomie totale typique
Conservation bilatérale
+ Suspension du vagin .
Annexes saines .

Pièce : Endométriose polypoïde

C.R. Histologique :

Col : petite réaction dysplasique .
Muqueuse utérine : petit polypé bénin de l'endomètre .

Dans cette observation , il s'agit d'une malade près de la ménopause , présentant un syndrome ménométrorragique fréquent à cet âge et dont l'examen révèle un utérus augmenté de volume .

Le terme d' "endométriase polypoïde" est en effet impropre si l'on s'en tient à la définition de l'adénomyose puisqu'il n'y a pas invasion musculaire , mais en fait prolifération localisée à l'intérieur de la cavité utérine . Ce terme d'endométriase polypoïde est employé par certains auteurs pour désigner la variété polypoïde d'hyperplasie de la muqueuse par opposition à l'endométriase utérine sous-péritonéale.

CONCLUSIONS

Il est fréquent de constater un myome à l'origine des ménorragies chez les malades atteintes d'endométriase .

Il semble en effet que cette catégorie de malades soit généralement plus âgée . Elles ont atteint la période pré-ménopausique , âge des perturbations hormonales génératrices d'hyperplasie de l'endomètre et de fibrome . Ces lésions associées expliquent les hémorragies utérines .

Néanmoins , la coexistence de ces lésions n'est pas constante , et l'on peut très bien concevoir

que les troubles endocriniens déclenchent au niveau des hétérotopies endométriales des hémorragies plus ou moins marquées pouvant s'extérioriser, soit sous forme d'hyperménorrhée - et ce signe est d'observation courante - soit sous forme de métrorragies post-ménstruelles variables, l'écoulement étant retardé selon le siège et l'importance des îlots aberrants d'endométriose.

Il ne paraît donc point surprenant que les métrorragies soient plus particulièrement l'apanage de l'Adénomyose.

Nous tenons à souligner, d'autre part, que la grande majorité des fibromes utérins n'a pas été examinée histologiquement. Ainsi, notre pourcentage d'adénomyose (12,5 %) est vraisemblablement bien au-dessous de la réalité.

Notons enfin, que devant l'apparition de métrorragies après la ménopause, le diagnostic peut se montrer difficile entre un épithélioma typique avec son foisonnement de glandes développées aux dépens des diverticules pseudo-glandulaires de la muqueuse et l'endométriose formée de glandes typiques proliférant en profondeur. On s'attachera à l'étude du chorion : présence autour des glandes, modifications, et également des cellules épithéliales : anomalies nucléaires.

C H A P I T R E V I

ENDOMETRIOSE DU COL

---oOo---

Nous classons à part cette localisation, parceque , dans certains cas , elle peut être diagnostiquée à l'examen au spéculum, il s'agit alors d'une endométriose localisée sur une lèvre du col . Dans d'autres cas , il s'agit de foyers d'endométrioses retrouvées lors d'examens méthodiques du pathologiste après curettage ou hystérectomie .

La forme cervicale semble être moins exceptionnelle qu'il n'est classiquement admis . Pour H. Lehfeldt il s'agit vraisemblablement de localisations secondaires au col .

- OBS. 40 . - Mme LIS... - 42 ans - Vue le 7.2.53
 - Métrorragies ,
survenant les 8 j. pré et post-menstruels.
 - Antécédents
 - I accouchement (siège) en 1933
 - I G.E.U. en 1939
 - I F.C. curettée
 - Salpingite .
 - Menstruation :
tous les 28 j.
 - Examen gynécologique : (7.2.53)
 - Utérus rétroversé et rétrofléchi .
 - Col dur
 - Glaire claire , abondante, pas de sang à l'expression

Rétrecissement semi-circulaire à la partie interne de l'isthme .
Annexes libres .

- Colposcopie :
Colpite péri-orificielle
Lugol irrégulier .
- Frottis :
Classe IV

Le 28 . 2 . 53 :

- 2° Frottis (Pr Agrw de Brux) :
Cellules parabasales , à noyau irrégulier, à cytoplasme éosinophile,
Cellules fibres à noyau volumineux, ne paraissant pas cancéreuses ,
mais certainement dysplasiques .

Le 7 . 3 . 53 :

- Curettage de l'endocol (Dr Moricard) :
Epithélium cylindrique avec métaplasie de type pavimenteux ,
qq. noyaux irréguliers , mais les mitoses sont rares ,
Absence de signe de transformation néoplasique .
Présence d'un foyer d'endométriose .

- OBS . 4I . - Mme COS... - 35 ans - Consulte en Juin 1950 pour :

- Stérilité I depuis 3 ans
H.S.G. en 1947 avait montré perméabilité tubaire .
- Méno-métrorragies .
- Antécédents :
Puberté à 14 A.
Premiers rapports à 20 ans
Salpingite en 1947
Ménorragies depuis 1947
:Rétroversion constatée depuis 1947
- Menstruation :
28 j. / 5 à 8 j., très abondantes .
douloureuses parfois au début .
- Pertes de sang au milieu du cycle depuis 2 A.
difficiles à différencier de la fin des R.
qui se prolongent .

Parfois , tension des seins .

Le 4 . 7 . 50 :

- Biopsie d'endomètre au 24° j. :
Etat folliculino-lutéinique .

Le 18 . 7 . 50 :

- H.S.G. :

Images lacunaires multiples des cornes et
de la partie moyenne .
Injection discrète des 2 trompes .

Le 10 . 9 . 50 :

Corps un peu augmenté de volume, mobile .
Ovaire D. un peu augmenté de volume .

Le 13 . 10 . 50 :

- Curettage biopsique :
muqueuse utérine et débris de polype .
- Histologie :
Muqueuse état folliculinique , assises nu-
cléaires multiples , chorion hémorragique,
pas de métaplasie .

Le 30 . I . 51

Utérus et annexes normaux.
Zone iode négative à contours nets sur le
col .

- Colposcopie :
Mosaïque étendue .
- F.V. :
Pas de cellules suspectes .

Le 3 . 2 . 51 :

- Biopsie exérèse 1
Basale extrêmement irrégulière avec bour-
geons pénétrant dans la profondeur .
Les noyaux paraissent réguliers
La lésion est très suspecte
Grosse diminution du glycogène avec zone
d'amputation brutale .

Le 24 . 2 . 51

En dehors de l'éràsion vraie :
épithélium de régénération qui prend le
lugol de façon normale .

Le 22 . 5 . 51

- Colposcopie :
Zoné iode faible à la commissure D., lar-
ge de 7 mm. environ, d'aspect un peu blan-
châtre ponctuée de points rouges .
- F.V. :
qq. placards de cellules endocervicales,
pas de cellules suspectes .

- Biopsie (pince de Douay) :
Disparition brusque du glycogène dans l'épithélium pavimenteux .
Pénétration de l'épithélium dans le tissu conjonctif .
Pas de leucoplasie nette .

Le 26 . 6 . 51 :

- Coelioscopie .

Le 28 . 6 . 51 : Intervention (Dr Palmer)

A G. :

ovaire : kyste chocolat

Annexectomie

A D. :

Implantation ampullo-utérine .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Kyste à contenu hémorragique, mais dans la paroi duquel on retrouve très nettement une structure folliculaire . Nulle part , il n'y a un chorion cytogène bien différencié.

- Biopsies à 12 h. - 6 h. - 4 h. sur le col :

12 h. :

Il semble y avoir des inclusions des tubes glandulaires rappelant la muqueuse endo-utérine dans l'épithélium pavimenteux .

Il y a une très minime réaction papillaire dans l'épithélium endo-cervical .

6 h. :

On retrouve un aspect analogue d'une glande cylindrique s'ouvrant au travers de l'épithélium pavimenteux .

4 h. :

Dans toutes ces 3 biopsies, la charge en glycogène est très abondante dans l'épithélium pavimenteux .

Le 24.II.51 :

- I.U.T. :

Courbe de passage oscillante.

Le I . 4 . 52 :

- Col :

Couronne
d'endo-
métriose.

Le 24 . 6 . 52 :

Perd tous les jours du sang à - avant et



après les règles .

Le 7 . 7 . 53 :

Métrorragies provoquées et spontanées .

- I.U.T. :

Courbe de passage oscillante .

Douleur scapulaire .

Mme COS... revue le 19.I.54 ,

a eu de petites métrorragies spontanées .

1° - Petite hémorragie de sang rouge ,
à distance des règles ,

2° - avant et après les règles ,
petites pertes de sang brunâtre ,

3° - Test de Schiller :
les zones d'endométriose prennent le
lugol .

- OBS . 42 . - Mme LES... - 50 ans -

Traitée depuis 2 ans pour fibrome et ménorragies
(Sterandryl , Stenandiol)

Pollakiurie

Douleurs lombaires

- Antécédents :

F.C. curettée vers l'âge de 27 A.

Appendicectomie il y a 21 A.

Salpingite .

- Menstruation :

28 j. / 4 à 6 j.

- Examen gynécologique :

Petite zone iode négative à 2 h.

Très gros fibrome à développement abdomi-
nal .

C.R.O. (Dr Robert) :

Hystérectomie subtotale sans conservation.

Deux énormes fibromes développés aux dé-
pens de l'isthme

Des prélèvements ont montré une endométri-
ose du col (Houcke de Lille) .

Présence d'une métaplasie malpighienne au
niveau de la jonction exo-endocol mais pas
d'image architecturale ou cellulaire pou-
vant faire suspecter une transformation ma-
ligne .

- OBS . 43 . - Mme COL... - 43 ans -

- Stérilité II après pelvi-péritonite en 1930
- Dysménorrhée II

- Antécédents :

En 1948 (à 38 ans) diagnostic de fibrome
avec probabilité d'endométriose .
Prescription d'androgènes , qui donnent
des troubles du caractère .

- Menstruation :

Méno-métrorragies .

- Examen gynécologique :

Masse pelvienne bloquée , très douloureuse
Col sain
Colposcopie normale
F.V. de stimulation folliculinique .

C.R.O. (Dr Robert) :

Polype intra-utérin

Enorme utérus très mou et basculé en arrière .

Le sigmoïde présente des adhérences avec
les annexes , le coecum également

Hystérectomie subtotalé sans conservation .

C.R..Histologique (Pr Agr. de Brux).:

Le fragment de corps montre un endomètre
mince avec glandes rares mais dilatées .

Masse sous-jacente : léiomyome .

Le large fragment de col présente en plein
un endométrione assez volumineux

Il est vraisemblable que d'autres fragments
eussent montré d'autres formations identi-
ques .

Au lendemain de l'intervention :

Troubles de castration ,

Dyspareunie .

Traitement :

Ethinyl-Oestradiol 10 gammas / j.

15 j. / mois x 3 mois .

3 mois après :

- Douleurs abdominales ,
avec masse extrêmement douloureuse dans le pel-
vis. Arrêt du traitement: la masse disparaît.
- Les troubles de castration obligent à reprendre
les oestrogènes : la masse reparaît .
- Le Stenandiol puis le Metandiol parviennent à
ramener le calme .
Néanmoins , notons la persistance d'une glaire
cervicale .
L'Eupareunie est revenue .

CONCLUSIONS

Il faut considérer le saignement au toucher, et la perte de sang les 3 ou 4 jours précédant les règles comme un signe de valeur, mais leur banalité en gynécologie ne permet pas d'en tirer des conclusions en faveur de l'endométriose .

Sur nos 4 observations , 3 fois il s'y associait un polype ou un fibrome .

D'autre part , les examens histologiques des 2 premières montraient des zones de dysplasie du col (dans un cas : F.V. classe IV) . La présence de ces lésions ne permet donc pas , en l'occurrence , d'individualiser des symptômes proprement endométriosiques , mais il n'en demeure pas moins qu'un saignement au contact puisse à juste titre éveiller l'attention et faire répéter les prélèvements . De petites hémorragies provoquées franches ne sauraient s'expliquer par ces lésions seules . Il faut pousser plus loin les recherches (endocol) .

En fin de compte , l'argument décisif revient donc à la biopsie sur la zone anormale et à la colpopcytologie cervicale qui permettent d'écarter le diagnostic de malignité .

Les tubes glandulaires endométriaux siègent dans le chorion de la muqueuse cervicale . Selon la localisation , ils apparaîtront ou non au spéculum ou mieux au colposcope . Quel en est l'aspect ?

Il s'agit de nodules peu saillants de la taille d'une lentille , arrondis , de couleur rouge ou violette , péri-orificiels , ayant tendance à saigner au contact .

Le pronostic en est bénin , le traitement est simple , par cautérisation .

Mais les coupes du col après l'intervention peuvent également faire la surprise d'endométrios typiques que n'a pas révélés l'examen au spéculum .

C H A P I T R E VII

ENDOMETRIOSES MENOPAUSIQUES ET POST-MENOPAUSIQUES

---oOo---

C'est entre 40 et 49 ans que se révéleraient la moitié des endométrioses .

Selon certaines statistiques (Counseller, 1938) 10 % des endométrioses s'observent après la ménopause . Il s'agit vraisemblablement (Brocq et Varangot) de vestiges hétérotopiques nés pendant la période d'activité sexuelle .

Cependant , pour Bennet , 23 % des adénomyomes s'observent chez des femmes au-dessus de 50 ans.

Nous pensons que tout en prenant pour règle qu'il s'agit d'une affection de la femme jeune , on ne doit en aucun cas éliminer une manifestation de cette maladie au moment et même après la cessation des menstruations .

En ce qui concerne les femmes très âgées , nous verrons que les troubles trophiques sont au 1er plan . L'endométriose n'est plus alors qu'un reliquat silencieux .

ENDOMETRIOSES MENOPAUSIQUES

Il ne s'agit naturellement plus de dysménorrhée ou de stérilité , mais de métrorragies .

Quelles sont les causes de métrorragies aux environs de la ménopause ?

Schématiquement :

- Hyperplasie muqueuse à début brusque , souvent envahissante avec périodes d'éménorrhée.
H.G. : cavité à contours ondulés .
- Polype intra-cavitaire
Utérus scléreux .
- Parfois cancer du col ,
mais souvent cancer du corps .

C'est cette dernière lésion qui est la plus importante . Il est intéressant de noter les divers signes (selon un cas présenté par le Pr Mocquot) qui aideront à en distinguer les hémorragies de l'adénomyose . Ces dernières sont peu fréquentes , de sang semblable à celui des règles, parfois douloureuses .

Les hémorragies du cancer du corps sont peu abondantes , rouges ou un peu noirâtres , parfois mélangées de sérosités. Les douleurs surviennent avec l'évolution .

L'Hystéroggraphie :

- de l'adénomyose : images lacunaires ,
synétriques ,
" bouquet " à chaque corne
aspect circonscrit .
- du cancer : images lacunaires ,
à contours marécageux,
aspect nébuleux et
non circonscrit .

L'aspect macroscopique :

- Endométriose : taches rouges, brunâtres
dans l'épaisseur du muscle d'un corps utérin
lourd, marbré .
- Cancer : augmentation de volume,
paroi utérine mince et
fragile; à l'ouverture:
bourgeonnement ou ulcé-
ration .

Comment expliquer ces métrorragies ménopausi-
ques ?

Nous avons vu que les hétérotopies sont sensibles aux incitations hormonales . Or , il apparaît qu'aujourd'hui que l'arrêt des règles ne signifie pas cessation de l'imprégnation folliculinique.

Cette sécrétion n'est pas tarie : il n'y a plus de ponté ovulaire mais pas mort de l'ovaire .

Il se forme chez la femme des ovules de façon continue comme les spermatozoïdes chez l'homme (Allen) , la plupart subissent un processus involutif .

On admet que c'est la thèque interne du follicule qui secrète l'hormone oestrogène (travaux de Dubreuil). Cette thèque persiste après l'involution de nombreux follicules qui n'ont pas accompli le cycle classique . Ainsi l'oestrogénie persiste après la "ménopause" comme persistent ces follicules qui n'arrivent plus à maturation .

Cependant , il ne se forme plus de corps jaune . Il y a ainsi absence d'une sécrétion lutéinique antagoniste de la folliculine qui aboutit normalement à une menstruation ; il n'existe donc plus de frein progestinique et par conséquent il n'y a plus qu'un plateau oestrogénique constant . On peut obtenir alors artificiellement une hémorragie anovulaire en faisant baisser ce taux fixe par un antagoniste hormonal approprié .

C'est dans ce sens, en tenant compte du déséquilibre hormonal qui s'étale sur ces quelques années qui constituent la ménopause naturelle , que l'on peut interpréter les hémorragies siégeant au niveau de l'endomètre et des îlots aberrants .

- OBS. 44 . - Mme MARS... - 56 ans - vue le 20.4.53

- Augmentation de volume de l'abdomen
Diagnostic clinique de fibrome gros comme une tête - Admission pour hystérectomie .

C.R.O. (I2.5.53 : Pr Funck-Brentano) :

Médiane sus pubienne
On tombe sur des fibromes multiples dont 2 volumineux , sous-séreux , pédiculés .
Hystérectomie subtotale sans conservation .
Cervicopexie
Appendicectomie .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Signes d'endométriose diffuse par petits foyers dans le myomètre .

Endométriose, rétroversion et fibrome à la ménopause:

- OBS. 45 . - Mme DEN... - 53 ans - vue le 29.9.53

- Méno-métrorragies depuis 1948
soignée par hormone mâle .
Autrefois , tension des seins .
- Depuis 1948 :
Métrorragies spontanées , irrégulières , abondantes , depuis 2 mois , chaque jour ;
hyperménorrhée et polyménorrhée .
- Depuis 1953 , perd sans arrêt .
- Antécédents :
Ni F.C., ni grossesse ; appendicite chronique.
- Examen gynécologique :
Col sain
Corps rétroversé, fixé , gros, irrégulier , bosselé .
Annexes : R.A.S.
- H.G. :
Images lacunaires de la cavité , à contours nets .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :

Rétroversion . Polype fibreux .
Utérus volumineux , en rétroversion fixée .
Endométriose au niveau de l'annexe G., avec hématosalpinx .
Hystérectomie subtotale sans conservation .
Cervicopexie . Appendicectomie .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Endométriose de l'ovaire , typique .

ENDOMETRIOSES POST-MENOPAUSIQUES

Nous citons 2 observations assez curieuses d'aspects endométriosiques à l'examen histologique chez 2 femmes de plus de 70 ans , la première atteinte de cancer utérin , la seconde de pyométrie sénile .

Toutes deux consultèrent pour métrorragies . Ce signe doit naturellement faire penser au cancer utérin à un tel âge , parfois à un épithélioma tubaire ou à une tumeur ovarienne .

Mais la pyométrie , si elle peut cacher un cancer associé chez une personne âgée , n'est pas le signe qui généralement oriente les recherches vers une endométriose génitale .

- OBS . 46 . - Mme ALE... - 71 ans - vue le 11.2.53

Ménopausée depuis 20 ans .

A eu , il y a 3 mois :

- des métrorragies peu abondantes ,
capricieuses ,
discontinues ,
parfois avec caillots .
- leucorrhée
- pollakiurie , absence d'incontinence ,
- douleurs lombaires à la fatigue ,
avec irradiations à la face postérieure
des 2 cuisses .

- Antécédents :

5 accouchements

- Examen gynécologique :

Vulve : importante cystocèle

Col : gros et dur , fixé vers la D.

- Colposcopie :
Zone d'ectopie très vascularisée , avec capillaires irréguliers et dilatés , aspect de végétations irrégulières .

- F.V.

- Biopsie endocervicale :
Epithélioma cylindrique de l'endo-col .

C.R.O. (Pr Funck-Brentano) :

Hystérectomie totale .
Médiane ombilico-pubienne .
Hystérectomie totale rendue difficile par l'épaisseur de la paroi .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Aspect d'Endométriose avec quelques irrégularités nucléaires dans l'épithélium .

Discussion :

Les métrorragies capricieuses et discontinues de cette malade sont caractéristiques de l'épithélioma (notons que le cancer du col n'est pas fréquent chez la femme âgée) . Le cancer cylindrique typique est rare . A l'examen de cette variété glandulaire il est possible de constater au microscope un envahissement profond par les tubes pseudo-glandulaires .

D'autre part , l'endométriose peut être reconnue à l'occasion de coupes systématiques par la présence de glandes et d'un chorion cytogène dans la région cervicale sous la muqueuse normale ou en plein myomètre . Cependant , une vingtaine d'années après la ménopause , les îlots aberrants subissent la même évolution que la muqueuse normale , parfois peut-être plus rapidement et il se produit une atrophie des glandes avec processus de fibrose . Il est alors

concevable que certains aspects invasifs d'épithéliomas cylindriques sans anomalies cellulaires marquées puissent poser un problème diagnostique avec des vestiges d'adénomyose ou d'endométriose cervicale chez la femme âgée . Remarquons cependant qu'il s'agit ici vraisemblablement de "pseudo-endométriose" et d'ailleurs aucun signe fonctionnel dans les antécédents n'est en faveur de ce diagnostic.

- OBS . 47 . - Mme BOU... - 72 ans - Consulte le 6.8.53 pour :
 - Métrorragies depuis le 21.7.53
spontanées ,
de sang rouge ,
sans aucun signe associé .
 - Antécédents :
Réglée à I2 A I/2
Ménopausée à 54 ans .
Elle a eu 4 enfants , actuellement tous vivants , et fait 2 F.C.
Ses règles ont été irrégulières , toutes les 4 , 5 ou 6 semaines ,
plus abondantes et plus rapprochées de 40 à 50 ans .
Opérée pour lithiase vésiculaire en 1926 :
cholecystectomie .
Actuellement , état général excellent .
 - A l'examen :
Col normal ,
Corps très petit et mal perçu
Culs-de-sac normaux .
 - Au spéculum :
Col normal .
Tentative d'hystérométrie :
un flot de pus mêlé de sang s'écoule .
On pense qu'il s'agit d'un pyomètre d'un cancer du corps et l'on décide de pratiquer une hystérectomie totale .

C.R.O. (10.8.53) :

Médiane sus pubienne
Utérus de petite taille, parfaitement mobile
Annexes atrophiques , mais saines .
Hystérectomie totale .
Drain vaginal
Péritonisation classique
Paroi en 3 plans au nylon .

Suites opératoires :

Très simples ,
Apyrétiques .

C.R. Histologique (Dr Moricard) :

Col : Epithélium pavimenteux stratifié ,
d'apparence normale ,
pas d'anomalies de mitoses .

Endocol : réaction inflammatoire extrêmement
intense , pas de lésions néoplasiques .

Myomètre : Réaction vasculaire fibreuse ,
avec obturation de certains vaisseaux ,
présence de foyers d'endométriase .

Ovaire : présence de cavités bordées par l'
épithélium cylindrique ,
groupées dans un chorion fibreux .

Endométriase vraisemblable ,
vascularité fibreuse ,
pas de réaction inflammatoire .

L'observation de Mme BOU... nous rappelle l'
intérêt de la question des hétérotopies d'endomé -
triase réveillées par une source oestrogénique post-
ménopausique d'origine indéterminée .

MM. Mocquot et Hervet ont attribué à ces fo-
yers la possibilité d'un potentiel d'activité supé-
rieur à celui du reste de la muqueuse utérine ,
mais on reste embarrassé pour trouver une explica-

tion à cette stimulation hormonale extrêmement tardive . Peut-être vaut-il mieux s'en tenir ici à des perturbations vasculaires au niveau des muqueuses de l'endocol et de l'endomètre , liées à la pyométrie sénile .

---oOo---

C H A P I T R E VIII

CONCLUSIONS SUR LE

SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE DE L'ENDOMETRIOSE .

---oOo---

Les troubles gynécologiques essentiels ont été groupés dans les chapîtres précédents .

Mais nombre d'endométrioses restent muettes : 30 % des cas ont admis certains auteurs .

" De petits foyers silencieux sont de constatation fréquente au cours des laparotomies , où on en pratiquera l'exérèse prophylactique" (Palmer).

Revenons à l'examen gynécologique .

Explorant paramètres , Douglas , Ligaments utéro-sacrés , que révèle-t-il dans l'ensemble ?

Disons tout de suite la nécessité de revoir si possible la malade en période menstruelle où tous les signes sont plus marqués .

En premier lieu , nous insisterons , avec le Dr H. Robert , sur un signe qui doit attirer l'attention parce qu'il traduit une localisation fréquente de cette affection : l'infiltration diffusée et douloureuse d'un ou des deux ligaments utéro-sacrés . On perçoit souvent au toucher rectal un

cordon induré ou des nodules sensibles sur les ligaments qui doivent faire évoquer le diagnostic . Rappelons que Sampson a trouvé sur 332 interventions (laparotomies gynécologiques) : 98 localisations sur le péritoine et ses ligaments .

Une rétroversion a été trouvée dans 7 cas chez des femmes jeunes , mobile ou fixée . Leur fréquence a d'ailleurs fait individualiser une forme avec rétroversion . L'infiltration de la face postérieure isthmo-corporéale détermine une rétroversion fixée . Mais l'impression de rétroversion peut être donnée par une masse annexielle adhérente à la région isthmique , qu'elle soit due à une endométriose ou à une lésion annexielle . Il est incontestable que les adhérences de la rétrodéviations sont aussi souvent liées à une infection génitale chronique .

Quant à la forme avec antéflexion congénitale qui coïncide souvent avec un certain degré d'infantilisme utérin , elle rentrerait dans le cadre des endométrioses avec hypoplasie génitale .

Au cours de ces deux formes , on note bien souvent une dysménorrhée précoce comme si l'endométriose trouvait là un terrain particulièrement favorable .

Chez les femmes plus âgées , on se trouve en présence d'un gros utérus fibreux , de noyaux myomateux , de polypes - ces lésions expliquant alors les ménorragies coexistantes . Il arrive de percevoir des nœdules des cornes utérines . Nous avons fréquemment constaté à côté d'endométriomes un processus léiomyofibromateux . On les considère généralement comme des accidents d'hyperfolliculinie . Le test à l'hormone mâle agit sur les deux affections . Le fibromyome est la plus courante des lésions associées à l'endométriose (10 cas : 23 %) .

Dans 4 de nos observations , on trouvait une masse latéro-utérine , mais il existait une salpingite , un hydrosalpinx associés . Nous croyons cependant qu'une infiltration para-utérine endométriosique pure peut donner la même impression du toucher . C'est l'intérêt de revoir la malade au moment de ses règles .

La progressivité de l'évolution et l'inefficacité des antibiotiques , plus encore que l'absence de fièvre - ce qui n'est pas constant - feront penser à l'endométriose .

Nous n'avons pas eu la chance de retrouver les taches bleutées du dôme vaginal que l'on décrit parfois et qui facilitent le diagnostic .

L'infiltration basse de la cloison recto-vaginale perceptible au T.V. , ne semble pas extrêmement fréquente . Les noyaux adhérents de la face postérieure de l'isthme - stade encore précoce de l'invasion - sont bien souvent de mauvaises surprises opératoires . En s'attaquant à ce noyau infiltrant on risque d'ouvrir le rectum : témoin le cas suivant :

- OBS . 48 . - Mme GRI... - 34 ans - vue en Sept.46

- Stérilité I depuis 10 ans

- Antécédents :

Puberté à 14 ans

Mariage à 24 ans

- Menstruation :

25 j. / 2 j.

peu abondantes .

- Douleurs 8 j. précédant les règles (série de crises) depuis 3 à 4 ans :

Colibacillose vésicale .

- Examen gynécologique :

Col : petit polype muqueux

Glaire peu abondante , mais opâque :

qq. spz. immobiles .

Traitement :

Thiazomide

Le 4 . 3 . 47

- I.U.T. :

Courbe de passage bilatéral

Sténose modérée ,

douleur scapulaire immédiate .

Le 9 . 3 . 49 :

Glaire filante , abondante .

- I.U.T. :

Passage normal

On perçoit une masse rétro-cervicale très douloureuse .

Le 25 . 5 . 52 :

Douleur sourde à D., devient violente 4 j. avant les Règles .

A eu une crise violente début avril ?

C.R.O. (Juin 1952) :

On tombe sur une masse rétro-cervicale brunâtre et certainement endométriosique , dont l'exérèse s'avère impossible sans léser la paroi antérieure du rectum . On décide donc de la laisser en place .

L'intervention se termine par la résection d'un fragment d'ovaire , d'un nodule utérin , et du nerf pré-sacré .

C.R. Histologique :

Fragments d'ovaire :

Présence de cicatrices de corps jaunes répartis dans la préparation .

Nodule utérin :

Léiofibrome avec un stroma très scléreux .

Les fragments prélevés dans la zone péri-rectale montrent un tissu cellulaire lâche , très hémorragique , parcouru par de très volumineux nerfs sympathiques avec présence d'un ganglion sympathique . Aucune image laissant soupçonner l'existence d'une endométriose .

Cette intervention a été suivie d'une amélioration au cours des périodes menstruelles qui ont suivi .

HYSTERO-SALPINGOGRAPHIES ET INSUFFLATIONS UTERO -
TUBAIRES :

A/ - Endométriose utérine :

Invaginations tubuliformes,

récessus enfoncé , dans le muscle ,

images diverticulaires

L'endométriose siégerait avec prédilection près des cornes .

B/ - Endométriose tubaire :

Image diverticulaire de la corne
traînées nuageuses ou lacis irrégulier ,
ou encore rétrécissement entouré d'une
nuée de petites taches ;

On en différenciera la salpingite tuberculeuse qui donne des bords dentelés , déchiquetés ou un aspect en tuyau à contours rigides .

Sur 5 observations d'endométriose vérifiée , il y avait 4 oblitérations bilatérales aux cornes , et 1 cas d'hydrosalpinx bilatéral .

Pour ces mêmes malades , il y eut un seul passage à l'I.U.T. après un stade de sténose spasmodique .

C/ - Endométriose ovarienne :

Une hystérosalpingographie pour stérilité a montré une perméabilité tubaire unilatérale .

Pour la même malade , l'I.U.T. a montré un passage atypique avec douleur scapulaire tardive .



- Mme FEL... - 55 ans -

- Métrorragies après traitement par Troeestrine

IMAGE D'ENDOMETRIOSE UTERINE A l'H.G.

(Cliché aimablement prêté par le Dr G. Guillon)

I00 bis

CONCLUSIONS SUR LA REPARTITION TOPOGRAPHIQUE

Selon les diverses statistiques, elle semble prêter à discussion . La Mayo Clinic donne 884 cas de 1923 à 1937 . L'endométriiose utérine y figure au 1er plan .

Il est difficile de grouper des lésions essentiellement envahissantes dont on n'est jamais certain d'avoir fait l'inventaire exact à l'intervention .

Tenant compte de ces faits , nous pourrions répartir nos localisations de la manière suivante:

E. ovarienne	30 %
E. des ligaments utéro-sacrés	20 %
E. péritonéale	15 %
E. utérine	12,5 %
E. tubaire	12,5%
E. du col utérin	8 %
Autres localisations	2 %

Schématiquement , ces localisations sont localisées ainsi :

- Endométriiose tubo-ovarienne :

Stérilité

Dysménorrhée

Masse annexielle

Accidents aigus .

- Endométriose du péritoine et des ligaments:

Dysménorrhée

Signes physiques à l'examen .

- Endométriose utérine :

Métrorragies

Stérilité .

- Endométriose du col :

Nodules enchassés

Parfois diagnostic colposcopique .

- Endométriose de la cloison recto-vaginale :

Noyau plaqué contre le col ,

tendant à infiltrer le Douglas .

Cette forme est surtout rapportée dans les compte-rendus opératoires, mais notre statistique n'en rend pas compte, car elle est peu vérifiable histologiquement .

Nous en décrivons 2 cas dans les diagnostics de probabilité .

- Endométriose du ligament rond :

1er cas décrit par Cullen en 1896:

douleurs rythmées de la racine des cuisses avec une tuméfaction inconstante .

- OBS. 49 . - Mme CAM/... -

- Tuméfaction latéro-pubienne D.

- Douleur au niveau de la région inguinale .

C.R.O. (Dr Robert) :

Résection de l'extrémité du ligament rond
(portion inguinale) .

Incision inguinale

On trouve deux gros kystes noirs qui confir-
ment le diagnostic clinique d'endométriose .

C.R. Histologique :

Endométriose typique .

Tubes glandulaires et
chorion cytogène caractéristiques .

3 ans après :

Récidive de la douleur .

- Stenandiol

- Néosteron .

- Endométriose du périnée :

Forme signalée après des accouchements.

L'ETAT GENERAL

des femmes atteintes de cette affection reste bon dans la majorité des cas . Ce n'est qu'en cas de dysménorrhée particulièrement violente que l'alitement est nécessaire . Les vomissements , les diarrhées menstruelles peuvent entraîner alors une asthénie , un amaigrissement important . La malade réclame dans ces cas , avec insistance , une intervention chirurgicale , pour la soulager de ses souffrances .

Il ne faudra pas se laisser égarer par l'existence d'une fièvre modérée mais persistant entre les règles et vraisemblablement liée à l'irritation du péritoine au voisinage des lésions (Moulonguet).

Enfin , cette maladie peut quelquefois réaliser un tableau brutal d'inondation péritonéale dont l'urgence commande une laparotomie (OBS. 25 . Mme MAN...) .

L'ETAT ENDOCRINIEN

a été mis en cause dans le climat de l'endométriose dans le sens de l'hyperfolliculinie .

Résumons les symptômes de cet état :

- a) syndrome du I4° jour
- b) syndrome prémenstruel
- c) hyperménorrhée
- d) troubles neuro-végétatifs
- e) stérilité, parfois .

Tests objectifs :

- 1) frottis vaginaux
- 2) biopsie d'endomètre
- 3) courbe thermique alutéale .

A/ - Le syndrome du I4° jour :

douleurs pelviennes entre le I2° et le I6° j.

irritabilité

gonflement des seins et de l'abdomen

hémorragie du I4° j. : perte de sang modérée

pseudo-menstruelle ,

Nous l'avons trouvé dans I7 % des cas .

B/ - Le syndrome prémenstruel est aussi fréquent

Nous retrouvons chez 10 % de ces femmes un gonflement de l'abdomen ou une tension douloureuse des seins avant les règles . Chez l'une d'elles existe une mastose kystique douloureuse.

C/ - L'hyperménorrhée

Les règles sont abondantes dans 15 % des cas. Notons la fréquence des myomes associés , qui d'une part suffisent à déclencher des métrorragies , mais d'autre part seraient eux-mêmes liés à l'hyperfolliculinisme .

D/ - Hyperplasie simple ou glandulo-kystique

La biopsie d'endomètre n'a pas été pratiquée assez fréquemment pour en tirer une conclusion .

E/ - Enfin , l'ovarite scléro-kystique constitue

la cause la plus pertinente d'hyperoestrogénie, puisque cette affection truffe les ovaires de petits kystes folliculaires persistants sans lutéinisation . Les thèques hypertrophiées constituent une source très abondante de folliculine . Les corps jaunes sont rares à l'examen de l'ovaire .

Cette dystrophie ovarienne est retrouvée très fréquemment (9 cas=20% .. Cependant , elle ne serait pas constamment génératrice d'hyperfolliculinie .

EN RESUME :

Nous n'avons pas dans nos observations des signes objectifs nets d'hyperfolliculinie . Tout au plus , disons "hyperfolliculinisme" pour des phénomènes physiologiques devenus trop intenses ou trop persistants .

Quoi qu'il en soit , le rôle des influences hormonales paraît extrêmement important dans cette affection .

C'est en rapport avec ces influences que se créent vraisemblablement des modifications histochimiques du tissu conjonctif dans la sphère génitale . Ainsi, il est permis d'envisager la possibilité de greffes de cellules endométriales et leur développement en véritable milieu de culture (Pr Agrégé J. de Brux) .

LOCALISATIONS

Dysménorrhée Dyspareunie	Ovarienne	+++++	60%
	Ligt U.S.	+++++	
	Péritonéale	++++	
	Utérine	0	
	Tubaire	+++	
	Col	0	
	Post-Ménopaus.	0	

Stérilité	Ovarienne	++++	35%
	Ligt U.S.	++++	
	Péritonéale	++	
	Utérine	+	
	Tubaire	+++++	
	Col	+	

Méno- étrorragies	Ovarienne	++++	27%
	Ligt U.S.	0	
	Péritonéale	0	
	Utérine	++++	
	Tubaire	0	
	Col	++	
	Post-ménopaus.	++	

C H A P I T R E IX

LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE

SES DIFFICULTES

---oOo---

Nous distinguerons 3 étapes à ce diagnostic, chacune d'elles posant des problèmes parfois difficiles à résoudre :

- Etape clinique
- Etape opératoire
- Etape histologique .

I . LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Il sera fait de la juxtaposition :

- d'éléments constituant le climat :
 - âge ,
 - affections associées ,
 - opérations antérieures .
- de renseignements cliniques :
 - dysménorrhée progressive ,
 - stérilité ,
 - dyspareunie ,
 - méno-métrorragies .

- de signes physiques :

mis en évidence par un examen gynécologique méthodique .

Généralement on conclut à la probabilité clinique d'endométriose . Il faut essayer par les moyens d'investigations gynécologiques poussées (frot-tis vaginaux , biopsie d'endomètre , coelioscopie) d'éliminer une autre cause de dysménorrhée , et il est alors permis chez les femmes jeunes de commencer par un traitement hormonal .

- OBS. 50 . - Mme FERR... - 25 ans -

- Dysménorrhée importante avant et après les règles , progressive ,
- Règles peu abondantes depuis la puberté , non améliorées par le mariage ,
- Troubles exagérés depuis quelques mois avec persistance de pesanteur pelvienne entre les règles ,
- Par ailleurs , douleurs épigastriques hypochondre D? (ayant fait pratiquer une radio de l'estomac) .
- Dyspareunie
- Antécédents :
 - Puberté à 15 ans
 - Accouchement : 0
- Examen gynécologique (Dr Robert) :
 - Secrétion vaginale abondante
 - Col normal
 - Pas de glaire
 - Utérus assez gros , antéfléchi
 - Un cul-de-sac irrégulier en profondeur , donnant l'impression d'être doublé par des granulations profondes .
- T.R. :
 - A G. : rien
 - A D. : le rectum est bridé en travers , probablement par le ligament utéro-sacré
 - Probabilité clinique d'endométriose
- Avant le traitement médical , on demande une série de F.V.

Nous rangeons à côté du diagnostic clinique pur , le diagnostic coelioscopique qui est rapide ne nécessitant pas de séjour hospitalier prolongé.

Dans l'exemple suivant , il est tout-à-fait probant :

- Obs. 51 . - Mme TAR... - 26 ans - vue le 7.12.53
 - Stérilité I depuis 5 ans
 - Dysménorrhée I
intense , obligeant la malade à s'aliter ,
survenant 2 jours avant les règles , et
maxima le 1er jour .
 - Dyspareunie
 - Antécédents :
Puberté à 12 ans
Appendicectomie en 1942
Ni frère , ni soeur .
 - Menstruation :
27 j. / 2 j. , peu abondantes ,
parfois hémorragie intermenstruelle
Pertes blanches en Juillet 53 .
 - Examen gynécologique :
Corps en rétroversion , fond très douloureux
Annexes non perçues .
 - H.S.G. :
Utérus dont le fond est très élargi ,
dont les 2 trompes s'injectent , paraissent
de mauvaise qualité, en particulier la G. très
recroquevillée autour de la corne .
Passage à G. très médiocre .
La diffusion se fait mal .
 - Coelioscopie transpariétale avec I.U.T. per-
opératoire (22. I . 54) :
2 trompes normales sans adhérences ;
à G. : traînée blanchâtre en arrière du pa-
villon qui correspond à une sténose .
Endométriose de l'ovaire D.
A l'I.U.T. : passage après une phase de spas-
me tubaire .

- OBS . 52 . - Mme DESB... - 29 ans - Vue le 1^o.2.54

- Dysménorrhée II depuis 1950
d'abord pendant les règles , puis se prolongeant après les règles ,
à type de douleurs pelviennes diffuses , et
point douloureux fixe à D.

- Antécédents :
cholecystectomie
en
1950.

- Menstruation :
irrégulière ,
26-35j./
3 j.

- Ex. gynécologique

Corps petit, antéversé ,
masse annexielle
D.++, se
prolongeant

dans le Douglas, un peu vers la G. ;
sensation grenue .

- Coelioscopie (5.2.54)

2 très
gros
ovaires
kystiques, le
D.+++ ,
Kyste
séreux
sur le
ligament
utéro-
ovarien
D. avec
foyer d'
E., 2^o foyer sur
l'ovaire
Gauche.

- Conclusion:

Endométriose de type pseudo-salpingitique
avec douleurs post-menstruelles. Intervention con-
seillée.



En fait , si nous examinons les lésions probables, les troubles fonctionnels d'origine indéterminée qui ont fait pratiquer l'intervention , nous trouvons les diagnostics cliniques suivants :

- Diagnostic clinique probable d'E.	7 cas
- Découverte de coelioscopie	2 cas
- Fibrome	9 cas
- Stérilité	9 cas
- Masse para-utérine indéterminée	4 cas
- Rétroversion	3 cas
- Cancer du corps	I cas
- Cancer du col	I cas
- Grossesse extra-utérine	I cas
- Hydrosalpinx	I cas

La dysménorrhée progressive acquise jointe à la stérilité primaire peut faire suspecter fortement l'endométriose , parfois à tort cependant : la coelioscopie , et mieux encore , la laparotomie suffiront à corriger le diagnostic , révélant dans certains cas une toute autre lésion ; qui peut être curable chirurgicalement . C'est dire la nécessité de pratiquer une opération exploratrice , étant donné la possibilité d'une décision chirurgicale rapide, pouvant mettre fin aux souffrances de la malade .

- OBS. 53 . - Mme BIO... - 25 ans - vue le 3.3.53

- Dysménorrhée II depuis 2 ans
le I^o j. des règles ++
mais aussi durant toutes les règles , et
un peu après
de plus en plus prolongée ,
parfois douleur à D. au milieu du cycle,
calmée par Sterandryl à dose forte .

La masse D. latéro-utérine perçue , grossit en
période de crise .

- Antécédents :

Accouchement : 0

F.C. : 0

Puberté à 15 ans

Opérée en Déc. 51 pour une crise douloureuse
pelvienne D. très violente : on aurait
trouvé un hématosalpinx non gravidique , un
kyste de l'ovaire dont on n'a pas précisé
la nature .

Annexes saines à G.

Annexectomie D.

Cet ensemble de symptômes fait penser à une
endométriiose .

C.R.O. (9.3.53) :

Pfannenstiel

A G. : Hémi-utérus libre et annexes normales
A D. : masse rouge du volume d'une mandarine
, collée à la paroi pelvienne , adhérente
au pôle inférieur du coecum et d'où part le
ligament rond .

Il s'agit d'une corne utérine isolée , sans
annexe (enlevée) et sans connexion avec le
vagin .

Exérèse difficile de cette masse , en haut
des vaisseaux .

Résection du nerf pré-sacré .

Conclusion :

Absence d'endométriiose .

Il s'agit de malformation utérine .

II . LE DIAGNOSTIC OPERATOIRE . LES KYSTES GOUDRONS

Nous l'avons vu , l'endométriiose peut se présenter schématiquement :

- sous forme d'infiltrations diffuses envahissant en surface ,
- sous forme de petites tumeurs non encapsulées ,
- sous forme de kystes au contenu goudronneux.

Bien entendu , les aspects les plus fréquents sont bien moins délimités . Tous les types intermédiaires peuvent se rencontrer .

I° - INFILTRATIONS DIFFUSES

L'on constate parfois à la laparotomie des aspects d'infiltration du péritoine , du Douglas , de la face antérieure du rectum qui , joints à des faits cliniques , évocateurs , permettent de conclure : endométriiose probable , malgré l'absence d'un examen histologique confirmatif .

Certaines localisations très infiltrantes ne permettent pas l'exérèse et l'examen histologique.
Exemple :

- OBS . 54 . - Mme CHA... - 34 ans - vue en 1952
 - Stérilité I
 - Dysménorrhée II le I° j.
depuis 8 ans
 - Dyspareunie profonde .

- Menstruation :
21 j. / 6 j.
puis depuis 1944 (8 ans) :
25 j. / 6 j.
abondantes - Hyperménorrhée -
- Examen gynécologique :
Gros utérus en position indifférente ,
pas très mobile .
- H.S.G. :
Injection des 2 trompes.
- Biopsie d'endomètre au 23° j. :
(muqueuse un peu épaisse)
Etat folliculino-lutéinique typique .

C.R.O. (Dr Palmer) :

Médiane

La face postérieure de l'utérus est complètement soudée à la face antérieure du rectum,
partout d'une dureté ligneuse .

A D. : résection des 3/4 de l'ovaire contenant des kystes chocolat , résection de la partie interne de la trompe obturée .

Tout le fond du bassin est occupé par une coulée d'endométriose qui occupe la paroi antérieure du rectum sur 5 cm de haut .

On arrive à faire une péritonisation assez satisfaisante au-dessous des 2 annexes .

C.R. histologique (Dr Moricard) :

Kyste ovarien hématique avec forte réaction macrophagique . Il semble s'agir d'un follicule ancien et hémorragique .

Cependant , il faut se montrer très prudent devant un tableau clinique bâtard avec passé anxieux .

- OBS. 55 . - Mme DEL... - 45 ans -

- Douleurs pelviennes bilatérales continues
à prédominance G.

C.R.O. :

Hystérectomie subtotal .

Double annexite organisée .

Médiane ombilico-pubienne

On tombe sur un utérus complètement fixé avec une double annexite, adhérant intimement en arrière au Douglas et latéralement à la paroi pelvienne .

Une fois , la masse utéro-annexielle enlevée on constate que le Douglas est le siège d'un blindage comme on en constate dans l'endométriase .

C.R. Histologique :

Pas d'endométriose .

2° - PETITES TUMEURS NON ENCAPSULEES

La constatation de nombreux nodules de petit volume disséminés sur les organes pelviens est de même valeur .

D'autres fois , il s'agit de granulations translucides , grisâtres qui peuvent ressembler aux granulations tuberculeuses ou encore blanchâtres et fibreuses qui rappellent les métastases cancéreuses .

- OBS . 56 . - Mme LEG... - 23 ans -

- Douleurs abdomino-lombaires prémenstruelles
par intermittence

- Hémorragie intermenstruelle
depuis 8 mois .

- Menstruation :
28 j. / 4 j.

- Examen gynécologique :
Rétroversion utérine douloureuse
Diagnostic clinique +++
Endocervicite
Hémorragie intermenstruelle
Rétroversion douloureuse .

C.R.O. :

Médiane sus pubienne
Utérus rétroversé , Annexes saines ,
Trompes d'apparence normale , mais ,
on découvre plusieurs nodules d'endométriose
dispersés sur l'utérus et le ligament large
du côté D.
Doleris .

- OBS . 57 . - Mme DUP... - 46 ans -

- Ménorragies avec gros caillots depuis 6 A., surtout depuis 3 A.
- Dysménorrhée +++ II depuis 4 mois , importante 2 j. avant les règles , se prolongeant le 1er jour , avec sensation de morsure à la cuisse G. , et de picotement utérin .
- Examen gynécologique :
Masse pelvienne importante , en rapport avec le corps utérin , Fibrome .

C.R.O. :

Médiane
Endométriose généralisée .
Fibrome . Grains noirs disséminés partout .
Gros kyste de l'ovaire noir , plein de goudron .
Décollement recto-vaginal difficile .
Hystérectomie totale sans conservation .
Cloisonnement recto-vésical .

C.R. Histologique :

- 1° - Dilatation kystique des glandes endo-cervicales . Absence d'endométriose cervicale .
- 2° - Endomètre en état folliculino-lutéinique .
- 3° - Ovaire D. scléro-kystique / Paroi de kyste contenant des cellules théquales .
Pas d'endométriose sur le fragment examiné .
- 4° - Paroi de kyste revêtu d'un épithélium cubique : follicule atrétique ancien .

3° - LES KYSTES GOUDRONS

Si les kystes hémorragiques bilatéraux éclatant facilement aux manoeuvres de libération font évoquer immédiatement l'endométriose , il faut néanmoins reconnaître que tous ne sont pas de cette nature .

L'extrême fréquence des kystes goudronneux des ovaires doit donc faire exiger un examen histologique précis .

Sur les 21 kystes goudrons dont les observations sont rapportées ici , 6 étaient purement endométriosiques , 2 étaient une endométriose avec kyste folliculaire , 14 correspondaient à des kystes hémorragiques folliculiniques , lutéiniques ou banaux à paroi conjonctive sans épithélium cylindrique .

- a) Kystes goudrons répondant à une endométriose
(voir observations dans les pages précédentes)

- Mme CAR... -

kystes marc de café adhérents des 2 ovaires

- Mme GOU... -

kystes marc de café des 2 ovaires

- Mme CHAU... -

ovaires tigrés de points noirs

- Mme BEN... -

gros ovaires kystiques dont la libération
fait jaillir un liquide chocolat

- Mme SUE... -

kystes hématiques

- Mme SEL... -

kyste de l'ovaire G.

- Mme LES... -

ovaires hématiques avec adhérences

- Mme DAE... -

ovaires polykystiques .

- b) kystes goudrons répondant à des kystes folliculiniques ou lutéiniques :

- OBS. 58 . - Mme MART... - 26 ans -

- douleurs pelviennes pendant les règles, et les deux premiers jours ;
petit utérus antéversé ,
masse latéro-utérine D.

C.R.O. :

Kyste goudron de l'ovaire D. (comme une orange) . Résection du kyste .
Ovariographie

C.R. Histologique :

Ovaire avec réaction inflammatoire diffuse . Présence d'un corps jaune . Pas d'endométriase sur le fragment examiné .

- OBS. 59 . - Mme DAR... - 57 ans -

- fibrome
- 2 ovaires hématiques (goudron)

C.R. Histologique :

Kyste folliculaire ancien à paroi conjonctive , sans épithélium cylindrique .
Muqueuse utérine hyperplasique .

- OBS. 60 . - Mme BUS... - 27 ans -

- Hydrosalpinx
- Kyste goudron de l'ovaire D.

C.R. Histologique :

Kyste hématique à paroi conjonctive .

- OBS. 61 . - Mme RED... - 35 ans -

- Dysménorrhée rebelle II
hématosalpinx bilatéral
myome utérin
Kyste goudron de l'ovaire G.

C.R.O. :

Subtotale avec conservation de l'ovaire D.

C.R. Histologique :

Kystes hématiques .

Les douleurs ont récidivé immédiatement après l'intervention .

- OBS. 62 . - Mme GAUG... - 49 ans -

- Méno-métrorragies
- Fibrome

C.R.O. :

adhérence tenant la face postérieure de l'utérus au rectum ;
Kyste hématique de l'ovaire D. adhérent au petit bassin ;
Hystérectomie subtotale
Fibrome + endométriose ?

C.R. Histologique :

Muqueuse utérine en état folliculino-lutéinique .
Kyste hématique de l'ovaire .

- OBS . 63 . - Mme LEV... -

- Kyste goudron de l'ovaire G. dont les parois peuvent être dissociées du tissu ovarien .

C.R. Histologique :

Absence d'endométriose .

- OBS . 64 . - Mme CHAB... - 48 ans -

- Blocage complet du petit bassin par :
 - 1) volumineux kyste goudron de l'ovaire D. adhérent intimement au rectum .
 - 2) des adhérences des annexes G. au sigmoïde .
 - 3) La face postérieure de l'isthme adhère presque avec pénétration à la face antérieure du rectum .

C.R. Histologique :

Pas d'endométriose utérine ; ni annexielle .

- OBS . 65 . - Mme WEI?.. - 40 ans -

- adhérence des 2 annexes avec le sigmoïde et le rectum
- la libération rompt un kyste goudron de l'ovaire D.
Subtotale sans conservation .

C.R. Histologique :

Pas de signe d'endométriose .

- OBS . 66 . - Mme ROU... -

- Kystes goudrons
- + Utérus bourré de fibromes .

C.R. Histologique :

Follicule atrétique à contenu hémorragique .

- OBS . 67 . - Mme GOZ... - 47 ans -

- Crises douloureuses à prédominance G.
- Utérus fibromateux
- Kyste de l'ovaire G. à allure d'endométriose .

C.R. Histologique :

Kyste hémorragique de l'ovaire
Pas d'endométriose utérine .

- OBS . 68 . - Mme REY... - 32 ans -

- Douleurs pelviennes G.
- Double kyste de l'ovaire , adhérents .
- Fibrome utérin .
- Subtotale .

C.R. Histologique :

- Kyste banal avec aplatissement de l'épithélium
- Gros corps jaune hémorragique
- Fibromyome banal .

- OBS . 69 . - Mme GUE... -

- Douleurs abdominales avec recrudescence au moment des règles ,
- stérilité

C.R.O. :

2 gros ovaires fixés dont la libération ouvre des poches de liquide marc de café
Résection à la demande des 4/5 de l'ovaire G. et de la 1/2 de l'ovaire D.

C.R. Histologique :

Ovaires micro-kystiques .

- OBS . 7 . - Mme JOL... - 27 ans -

- dysménorrhée
- ovaire D. K ystique goudronneux
- fragment d'endométriose probable sur le péritoine vésico-utérin .

C.R. Histologique :

Endométriose sur le péritoine .
Kyste hématique banal de l'ovaire .

- OBS . 17 . - Mme de SAL... - 30 ans -

- Stérilité I
- dysménorrhée
- kystes goudrons des ovaires

C.R. Histologique :

Kystes lutéiniques folliculiniques et
folliculiniques des ovaires .
Endométriose tubaire .

D'une part , l'on constate d'après ce qui précède :

- que l'histologie ne confirme pas , dans la moitié des cas , l'endométriose ovarienne qu'évoquaient les lésions à l'intervention .
- que , cependant , certaines adhérences péri-utérines , rétro-isthmiques , non vérifiables microscopiquement n'en demeurent pas moins de nature endométriosique probable (dans les observations 6 et 8 par exemple) .

La discordance entre la clinique et le laboratoire n'est d'ailleurs pas rare dans le domaine de l'endométriose .

D'autre part :

Seules , peut-être , l'absence des adhérences et la constitution monoloculaire de la cavité kystique devront faire supposer la nature folliculinique ou lutéinique et non endométriale .

Des kystes voisins ont souvent leurs cavités qui deviennent communicantes , c'est ce qui explique les kystes endométriosiques multilobulés .

Enfin , en faveur de ces derniers , les fréquentes petites hétérotopies péritonéales . Nous nous permettons d'insister sur ce dernier point .

La grande source est constituée par l'ensemble des kystes folliculiniques et lutéiniques . Beaucoup plus rarement certains kystes ciliés baux dits wolffiens à contenu hémorragique .

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Nous avons vu qu'il ne peut être tiré de déduction du liquide intra-kystique .

Notons que pour Sampson il existe des endométrioses primaires provenant de la greffe de la muqueuse utérine sur l'ovaire et des îlots secondaires consécutifs à la rupture des endométrions primaires - ces derniers étant plus petits (Thèse de Tchijoff) .

Selon Sampson , toujours , si par une éventualité quelconque tout l'épithélium desquame dans la cavité kystique , l'évolution s'arrête . Il ne resterait qu'une cicatrice pouvant disparaître complètement .

Cette interprétation semble discutable :

Il semble plutôt que sous l'influence de la distension intra-kystique , l'épithélium subisse

une transformation de type cubique ou aplati qui modifie sa réceptivité - ou mieux : sa fonctionnalité - hormonale et que l'endométriome tende ainsi à se stabiliser .

III . LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Dans ce groupe d'observations , on peut encore admettre : endométriose probable par juxtaposition de signes cliniques et macroscopiques . Toutefois , il n'existe pas non plus de certitude en raison de l'absence de chorion cytogène .

- OBS . 70 . - Mme CHAN... - 26 ans - vue le 10.10.52

- Stérilité II depuis I A.I/2
à la suite d'une intervention pour G.E.U.
- Dysménorrhée
à type prémenstruel , depuis la puberté
avec pertes blanches avant les règles .
- Antécédents :
 - en 1950 : salpingectomie G.
 - en 1951 : grossesse ampullaire D.
résection d'un noyau endométriosique(?)
de la portion interstitielle de la trompe
D. et réimplantation tubaire .

- Menstruation :
 - 28 j. / 4 j.
 - et depuis l'intervention (1951)
 - 23 - 24 j. / 3 - 4 j.
 - + métrorragies pendant 2 à 3 j. , 8 j. avant les règles .

- Examen gynécologique :
 - Leucorrhée
 - Présence de spz. dans la glaire cervicale
 - Petit ovaire à bout de doigt .

- H.S.G. :
 - Utérus petit attiré à D.,

- A G/ : trompe qui s'injecte sur 2 ou 3 cms avec qq. gouttes de liquide dans le péritoine ,
A D/ : on voit le départ de la trompe , puis une première masse nuageuse recouverte en grande partie par l'image arrondie .

Coelioscopie transvaginale :
Voiles d'épiploïte

- Hypoplasie corporeale .

C.R.O. :

On repasse par l'ancienne cicatrice médiane.
A G. : gros nodule de la corne que l'on résèque .
A D. : hydro-hématosalpinx sous-tension .
Résection des 2/3 externes dilatés ,
reperméabilisation de l'implantation tubouterine antérieure (Dr Chirié)
Dilatation aux bougies en gomme , dont on laisse la moitié d'une dans la trompe et l'utérus .

C.R. Histologique :

Frange tubaire d'aspect relativement normal.
Quelques vaisseaux dilatés .
Dans un des fragments de la paroi tubaire on trouve des tubes revêtus par un épithélium cylindrique : possibilité d'endométriase .

- OBS . 71 . - Mme MARTI... -

- Stérilité II depuis 6 ans (accouchement prématuré) .
- Dysménorrhée depuis la puberté .
- Antécédents :
 - en 1949 : annexectomie G. pour douleurs et ménorragies .
 - La dysménorrhée a augmenté depuis .
- Examen gynécologique :
 - Cul-de-sac rétréci ,
 - petite massa para-utérine .
- Coelioscopie transvaginale .

C.R.O. :

Implantation ampullo-utérine .

C.R. Histologique :

Fragment de trompe :

cavité tubaire d'aspect normal ,
dans la paroi tubaire on trouve quelques an-
neaux d'épithélium cylindrique pouvant faire
discuter une endométriose discrète .

- OBS . 72 . - Mme GOU... - 28 ans -

- Dysménorrhée II depuis I an I/2
douleurs continues ,

+ violentes pendant les règles ,
prédominant à D.

à intensité croissante , les 2° , 3° , 4° j.

- Petite hémorragie intermenstruelle
vers le 14° j. mais pas à tous les cycles ,
depuis I an I/2

- Antécédents :

Accouchement : 0

F.C. : 0

- Menstruation :

irrégulière ,

/ 7 à 8 j. , abondantes , caillots et débris.

C.R.O. :

Les 2 ovaires sont gros avec des kystes à
contenu marc de café .

Résection cunéiforme subtotale à D.

et de la moitié de l'ovaire G.

Suture au catgut 000 serti ,

A D. la trompe est normale

A G. le pavillon est sténosique et la partie
interne oblitérée .

Ligamentopexie de Doleris-Pellanda , complé-
tée par 2 points de catgut utéro-vésicaux .

C.R. Histologique :

1° - Kyste hématique de l'ovaire . Paroi ex-
trêmement conjonctive .

La paroi de ce kyste est revêtue par un épithé-
lium cylindrique cilié .

Il est possible qu'il s'agisse d'une endomé-
triose .

2° - Même aspect dans le 2° ovaire .

Endométriose très probable .

- OBS . 73 . - Mme CHEV... - 42 ans -

- Fibromyome banal macroscopiquement .

C.R. Histologique :

Muqueuse endo-utérine présentant un petit polype muqueux .

Ovaires : on trouve dans le stroma ovarien des formations cylindriques entourées d'un tissu fusco-cellulaire n'ayant pas de caractère net de chorion cytogène .

Résidu wolffien ou endométriose .

- Dans le cas suivant , c'est l'aspect des glandes non franchement endométriales qui ne permet pas de conclure :

- OBS . 74 . - Mme DEV... - 42 ans - suivie depuis le 24.10.50 en colposcopie ,

Le 9 . 2 . 51 :

Présence d'un polype intra-cervical , histologiquement : polype muqueux banal .

Le 13 . 12 . 52 :

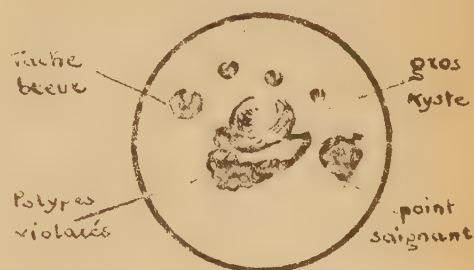
- Colposcopie :

Gros kyste de la lèvre antérieure ,

tache bleue de la commissure droite ,

3 autres orifices qui saignent .

Polypes violacés dans l'orifice



- Biopsie à la pince de Douay

1) du polype ,

2) du point saignant de la commissure G.

C.R. Histologique :

Polype endocervical :

- Transformation décidualiforme du chorion .

- Il n'y a pas d'endométriose absolument typique , ces glandes ayant un aspect intermédiaire entre les glandes endocervicales et les glandes utérines .

C H A P I T R E X

T H E R A P É U T I Q U E

---oOo---

LES METHODES

- Le traitement médical
 les moyens médicaux antalgiques et les cures
 hydrominérales ,
 le traitement hormonal .
- Le traitement chirurgical
 essentiellement : castration
 ou opération conservatrice , d'une part ,
 exérèse des noyaux d'endométriose , d'autre
 part .
- Le traitement radiothérapique
 à dose de castration .

CHOIX DU TRAITEMENT

Deux considérations doivent servir de guide :

1° - "Toujours opérer lorsqu'on soupçonne une endométriose , d'abord pour assurer le diagnostic , et parce que l'on peut , précocément , être conservateur". (Brocq)

2° - "Même si une récurrence tardive devait apparaître et obliger secondairement à une castration radio-

thérapeutique , je crois que la chirurgie conservatrice aura été utile en conservant à ces femmes parfois la possibilité de grossesses , toujours leur équilibre endocrinien" . (Palmer)

En cas d'endométriose probable chez une femme jeune qui ne présente pas de signes fonctionnels marqués , le traitement médical peut donner des améliorations prolongées . Mais presque toujours la laparotomie sera pratiquée , permettant soit l'exérèse des noyaux d'endométriose à la demande , soit une chirurgie conservatrice au maximum .

Aux approches de la ménopause , le traitement radical est autorisé d'emblée .

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

- Signalons l'efficacité de l'isochondrodendrine sur l'élément spasmodique souvent associé à la dysménorrhée .

- L'hormonothérapie testostéronique à doses assez fortes d'emblée (200 mgr et plus d'ester propionique par mois) donne de bons résultats lorsqu'il est prolongé des mois .

- Le méthyltestostérone per os ou par voie perlinguale .

- Le dipropionate d'androstenediol recommandé à la dose de 50 mgr tous les 2 jours à

partir du 10^e jour du cycle est actif sur les algies sans les inconvénients des phénomènes de virilisation .

- Les formes retard d'hormone mâle ont l'avantage de se réduire à des injections espacées dans ces traitements de longue durée .

Ces formes de traitement par hormonothérapie antagoniste , si elles n'évitent pas toujours l'intervention chirurgicale , sont intéressantes à administrer comme traitement complémentaire pour éviter ou limiter les récidives . Notons d'ailleurs que les masses perçues à l'examen persistent mais ne sont plus douloureuses .

- La progestérone

Les essais de traitement dans le même esprit d'inhibition ou d'antagonisme ont montré qu'elle ne donnait aucun bon résultat .

L'absence d'amélioration après quelques mois de traitement médical impose l'acte chirurgical .

LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

1^o - La résection du nerf pré-sacré , est parfois efficace dans le traitement des douleurs pelviennes d'origine et de localisations imprécises.

2° - Chirurgie conservatrice :

L'exérèse à la demande des lésions est possible . C'est la méthode de choix chez la femme jeune pour les localisations utérine , ovarienne , Douglas , tubaire , pelvi-péritonéale , du ligament rond ou du ligament large . La résection tubaire , chez la femme stérile sera suivie d'une implantation tubo-utérine dans l'espoir d'une grossesse ,

L'endométriose péritonéale ne comporte aucun geste spécial . Il semble sage d'enlever les petits ilôts superficiels tout au moins en vue d'une confirmation histologique .

" Se/garder d'entreprises dangereuses pour une affection bénigne dans son essence"(voir OBS. GRIN..)

L'endométriose ovarienne bilatérale sera traitée par une castration double , en essayant de se limiter d'un côté à une résection partielle .

3° - L'intervention radicale :

Castration bilatérale avec hystérectomie dans l'endométriose utérine diffuse .

Castration totale sans exérèse de la tumeur en cas d'endométriose très étendue .

Si la castration est la règle chez la malade atteignant la ménopause , elle constitue un procédé absolument inadmissible chez une femme jeune atteinte d'endométriose , car , d'une part elle de-

vient définitivement stérile , et d'autre part elle peut entraîner des troubles graves de castration .

Il se produit en effet dans un délai parfois rapide une atrophie des organes génitaux , une dyspareunie marquée , un bouleversement endocrinien qui affecte la vie sexuelle et psychique .

Contre ces troubles , l'utilisation des oestrogènes expose à une réactivation de foyers endométriosiques dont on n'aura pu pratiquer l'exérèse.

Ainsi l'intervention radicale mènera au problème difficile de faire retrouver l'eupareunie sans réveiller les douleurs pelviennes qui ont déterminé l'intervention .

En résumé :

Traitement médical en principe , laparotomie cependant pour vérifier le diagnostic , apprécier le siège et l'étendue de l'affection , agir s'il y a lieu sur les lésions coexistantes .

Toutefois , l'on sera conservateur à outrance , parce que la suppression de l'activité ovarienne est grave et parce qu'il s'agit d'une affection de pronostic bénin .

C H A P I T R E X I

C O N C L U S I O N S .

---oOo---

L'Endométriose est une affection gynécologique relativement fréquente .

En effet :

- Sur 1.200 laparotomies gynécologiques pratiquées en 3 ans à la Clinique Gynécologique de l'Hopital Broca , on trouve :

33 cas d'Endométriose confirmée
histologiquement , soit 2,75 %

17 cas d'Endométriose probable
sur l'aspect opératoire,
soit 1,40 %

Au total 4,15 %

- De plus , un nombre considérable de femmes dysménorrhéiques se font traiter médicalement pour endométriose pelvienne probable .

Il semble que les localisations ovariennes et péritonéales soient les plus fréquentes .

Les hétérotopies tubaires ne sont pas rares à l'examen des pièces après intervention pour stérilité .

La localisation cervicale -révélée souvent

par une biopsie pour lésion suspecte- ne nous paraît pas exceptionnelle .

Insistons sur l'intérêt diagnostique d'une infiltration des ligaments utéro-sacrés .

L'adénomyose utérine peut être parfois retrouvée seule ou associée à un fibrome après hystérectomie pour ménorragies . Notre pourcentage en serait plus élevé si l'examen histologique des fibromes avait été systématique .

Certaines images anatomo-pathologiques de type endométrial relevées au niveau des ganglions pelviens et dans la paroi utérine de malades post-ménopausiques posent des problèmes histo-pathologiques difficiles à résoudre .

Le traitement médical par les extraits hormonaux donne d'excellents résultats , mais l'intérêt d'une vérification des lésions force à la laparotomie exploratrice .

La castration doit être réservée seulement aux malades atteignant la ménopause .

Ainsi les disciplines médicales et chirurgicales doivent se compléter dans le but de conserver les possibilités de maternité et l'équilibre endocrinien .

B I B L I O G R A P H I E

----oOo----

- BISMUTH Elie - La coelioscopie gynécologique . Son application à l'étude de la Stérilité . Thèse de Paris .
- BROCQ & PALMER - Diagnostic clinique et opératoire de l'Endométriose ovarienne . Académie de chirurgie , 2 Déc.1936
- BROCQ & VARANGOT - Les endométriones Rapport au 48^e Congrès de l'Ass. Fçse de Chirurgie . Octobre 1945
- COTTE & MATHIEU J. - Endométriose ovarienne. Etude anatomo-clinique et thérapeutique . Gyn. et Obst. 1931 T.39 p.81
- COTTE, MATHIEU & GUILLEMIN - 259 cas d'endométriose. Rev. Fçse de Gyn. et Obst. 1946 T.41
- COUNSELLER - Procédés chirurgicaux mis en oeuvre dans le traitement de l'endométriose . Surg.Gyn.Obst. Sept 1949 -89-n°3
- CULLEN S. - Arch. Surg. Chicago 1920 T.I
- DOUAY - Endométriose pelvienne Rev. Gyn. & Obst. 1946 T.41
- DUBAS J.(Lucerne) - La question de l'endométriose du périnée . Gynaecologia T.131, N°2, Fév.1951
- GRALL - Contribution à l'étude du traitement des Endométrioses par l'Hormone mâle . 1946 .
- GUNNAR TEILUM - The Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire . Feb. 1950
- HERVET E. - Aspect de quelques affections gynécologiques à travers la ménopause . Rev. du Praticien II.X.1953
- IMENITOFF I. - La coelioscopie gynécologique . Thèse de Paris . 1947 .
- JAYLE - Presse Médicale N° 92 - 1934 .
- LANCIEN - Réflexions sur le traitement de l'Endométriose . Thèse de Paris . 1952 .
- LEHFELDT H. - L'endométriose du col utérin . Semaine des Hopitaux . N°4. Avril 1953

- MARCACCI Robert - Endométriose pelvienne .
Thèse de Paris . 1944 .
- MARION - Endométriose localisée aux trompes de
Fallope . Thèse de Paris . 1949 .
- MATHIEU J. - Endométriose génitale .
Suppl à la Première Méd. N°27 . 5 Mai 1948
- MEIGS - Endometriosis
Surg. Gyn. Obst. Sept.1949 . N° 3 .
- MEIGS (J.V.) - New England J. Méd.
1930 . N° 202 .
- MOCQUOT , PALMER , MORICARD - Remarques à propos de
quelques endométrioses .
Académie de Chirurgie . 5 Juil. 1939
- MOCQUOT P. & HERVET E. - Endométriose des cornes
utérines décelée par examen au lipiodol.
Rev. Gyn. Obst. 1948 .
- MOCQUOT P. & MUSSET - Remarques sur la physiologie
pathologique et l'évolution des endomé-
trioses . Mem. Acad. Chir. 1948. T.74.
- MORICARD (Mme F.) - Endométriose .
Concours Méd. 18.4.1953
- MOULONGUET - Essai de traitement hormonal des Endo-
métrioses . Gyn & Obst. 1941 T.4II .
- MOUSSOUR J. - Les aspects cliniques de l'endomé-
triose tubaire . Thèse de Paris . 1944 .
- NETTER A. - Gynécologie : Collection Médico-chirur-
gicale Flammarion . 1949 .
- NOVAK - Adenomyosis
Gynecology and obstetrics .
- PALMER R. - La Stérilité Involontaire .
Paris . 1951 .
- PALMER R. - Intervention au 48° congrès de Chirur-
gie Oct.1945 ; A propos des interventions
conservatrices des endométrioses utéro-
annexielles .
- PATEL . J. - Appareil génital de la femme .
Nouveau précis de pathologie chirurgicale
- PHILIPP E. - Fortschr. d. Med.
T. 52 mars 1934 .
- PLAGIE E. - S. radiologiques de l'endométriose tu-
baire et utérine . Thèse de Paris 1949 .

- ROUX & DOUBROW - Les aspects cliniques de l'endométriose pelvienne à localisation génitale
Revue de chirurgie . Janv.-Fév. 1946.
- SALVANET J. - L'endométriose génitale . Gynécologie
5^e année . N° 32 . Monographies médicales
et scientifiques .
- SAMPSON - AM . J. of Gyn. & Obst. T.24 . 1932 .
- SEGUINOT - Endometrioses et malformations génitales
Thèse de Paris . 1951 .
- SIMMONS F.A. - (Boston) An attack on external endometriosis in fertility . Annali di ostetrica e gynecologia . Milano .
- TCHIJOFF I. - Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des endométrïomes de l'ovaire . Thèse de Paris . 1936 .
- VARANGOT J. & GRANJON A. - La stérilité d'origine tubaire . REVUE Médicale du Praticien.
10 Fév.1954 .

Vu : LE DOYEN

Vu : Le Président de la Thèse

L. BINET

P. FUNCK-BRENTANO

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Jean SARRAILH

